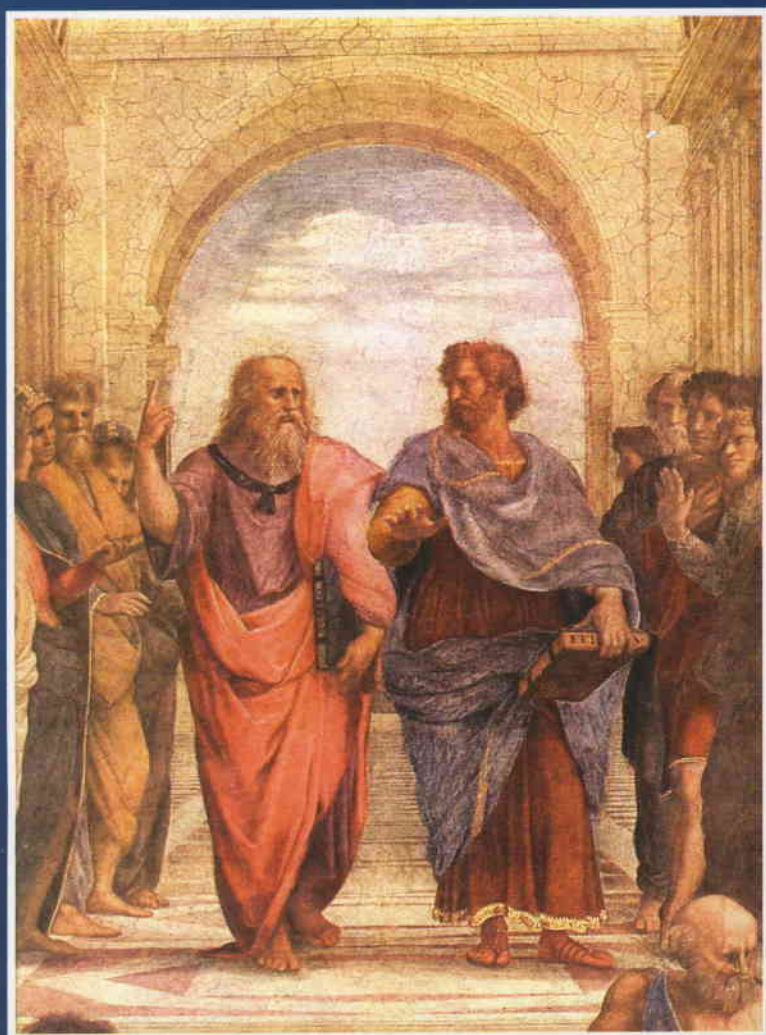


ÉRBE TE GSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2005/4.



Aktuális

Dr. Acsády György: Hogyan tovább érsebészet?
(A Soltész Lajos Emlékelőadás Összefoglalója.)

Artériák betegségei

Dr. Galambos Barnabás, dr. Zsoldos Péter,
dr. Tamás László: Tapasztalatok és eredmények
a nyaki érsérülések sebészi kezelésében

Továbbképzés

Prevenció – az érszűkület és
a folyamatot befolyásoló gyógyszerek.
(A Pécsi Angiológiai Napokon e szimpóziium keretében
elhangzott referátumok összefoglalói.)

Beszámoló

Dr. Bihari Imre, dr. Menyhei Gábor, dr. Tasnádi Géza,
dr. Titkay Gábor: Útban az evidenciák felé
(összefoglaló jelentés a Rio de Janeiróban tartott
XV. Phlebologiai Világkongresszusról.)

Referátum

A XV. Phlebologiai Világkongresszushoz kapcsolódott
Servier szatellita szimpóziium rövid ismertetése

Tájékoztató

Folyóiratunk Nagydíja

Magyar Angiológiai
és Érsebészeti Társaság lapja



detralex®

Mikronizált tisztított flavonoid frakció

A VILÁG VEZETŐ VENOTONIKUMA

Az egyetlen mikronizált venotonikum

- gyors felszívódás
- nagyobb klinikai hatékonyság

Komplex védelem az első tünetektől a súlyos szövődményekig

Aranyérbetegségben
2-6 tableta naponta

Krónikus vénás elégtelenségben
2 tableta naponta



ATC: C05CA bioflavonoid. **Hatóanyag:** 450 mg diosmin és 50 mg hesperidin filmbevonatú tablettánként. **Hatás:** Venotonizáló és érhalózatvédő hatását a vénás rendszeren fejt ki. Gátolja a vénák tágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkuláció területén normalizálja a hajszálerek átteresztőképességét és erősíti a kapilláris ellenállást. Farmakológiai aktivitását kettős vak klinikai vizsgálatokkal igazolták a gyógyszernek a vénás pletizmográfiai paramétereire (vénás kapacitás, tágiútkonyság, kiürülési idő) kifejtett hatása alapján. Megállapították, hogy a gyógyszer fokozza a vénás tónust és csökkenti a vénák kiürülési idejét. Angiosztrometriás mérések igazolták, hogy kapilláris fragilitás fennállása esetén a gyógyszer fokozza a hajszálerek ellenállását. Felezési ideje 11 óra. Kiürülése főként széklettel és kb. 14%-ban vizelettel történik. **Javallatok:** Az alsó végtagok krónikus vénás elégtelenségének mind organikus, mind funkcionális formájában: feszülés, nehézség érzés, fájdalom, éjszakai lábikragörccsök. A haemorrhoidális vénák megbetegedésében. **Ellenjavallatok:** A készítmény anyatejben való kiválasztódásáról nincs elég adat. Ezért szoptatás alatt a gyógyszer adását kerülni kell. **Adagolás:** Naponta 2 tableta elosztva, étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tableta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tableta. **Mellékhatások:** Ritkán előforduló, enyhe gasztrointesztinális és neurovegetatív panaszok, melyek nem teszik a kezelés leállítását szükségessé. **Csomagolás:** Dobozonként 30 vagy 60 filmbevonatú tableta. **Eltartási utasítás:** szobahőmérsékleten tartható. OGYI szám:1993/41/2005. A gyógyszer javaslata vagy felírása előtt kérjük tanulmányozza a részletes alkalmazási előíratot! Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszerkészítmény.



Servier Hungária Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3. Telefon:1-238-7799, Fax:1-238-7966

**FIATAL ANGIOLÓGUSOK
V. ORSZÁGOS FÓRUMA**

2006. október 26-28.

**TELECOM-Üdülő,
Honvéd Üdülő, Balatonkenese**

Fő témák:

1. Új rizikótényezők az atherosclerosisban, kezelésük.
2. Az obliteratív artériás betegségek belgyógyászati kezelési lehetőségei.
3. Raynaud syndroma kezelése.
4. Az intervencionális beavatkozások hosszútávú eredményei.
5. Érbetegségek endovascularis kezelésének szövődményei és ellátásuk.
6. Chronicus alsó végtagi ischaemia kezelési taktikája.
7. A sclerotherápiától a varicectomiáig.
8. A mélyvénás thrombosis kezelési taktikája napjainkban, a mélyvénás rekonstrukciók és eredményességük.
9. Tanulságos esetek értékelése.
10. Aktuális kérdések.

Érdeklődni lehet:

MH Központi Honvédkórház,
Általános és Érsebészeti Osztály
1153 Budapest, Pf. 1.
Telefon, fax: (06-1) 465-0571.
E-mail: vallusg@t-online.hu

*Részletes információk folyóiratunk
129. oldalán!*

***Hungarian Journal of
Vascular Diseases***

*Scientific Journal of the Hungarian Society
for Angiology and Vascular Surgery*

Contents

Vol. XII. No. 4. 2005.

Topical

György Acsády M. D.:
*HOW WILL VASCULAR
SURGERY DEVELOP? 107*

Diseases of arteries

*Barnabás Galambos M. D.,
Péter Zsoldos M. D., László Tamás M. D.:*
*EXPERIENCE AND RESULTS
OF SURGICAL TREATMENT
OF VASCULAR INJURIES
TO THE NECK 113*

Postgraduate studies

*ATHEROSCLEROSIS AND MEDICINES
THAT INFLUENCE ITS DEVELOPMENT
(SUMMARIES OF LECTURES DELIVERED
AT THE ANGIOLOGY DAYS IN PÉCS) 118*

Report

*Imre Bihari M. D., Gábor Menyhei M. D.,
Géza Tasnádi M. D., Gábor Titkay M. D.:*
*TOWARDS
TO EVIDENCE-BASED PHLEBOLOGY 121*

Summary

*SHORT REPORT ON THE SERVIER
SATELLITE SYMPOSIUM OF THE XV. WORLD
CONGRESS OF PHLEBOLOGY 126*

Announcement

OUR JOURNAL'S GRAND PRIZE 127

ÉRBETEGSÉGEK ● HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság tudományos folyóirata

Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery

FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE ● ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinih Csaba, dr. Horváth László,
dr. Hüttl Kálmán, dr. Jámbor Gyula, dr. Kádár Anna, dr. Nemes Attila, dr. Papp Sándor

Rovatvezetők: Artériák: dr. Szabó Imre ● Vénák: dr. Hetényi András ● Nyirokutak: dr. Daróczy Judit
Alaptudományok: dr. Monos Emil ● Haemorheológia: dr. Kollár Lajos ● Belgyógyászat: dr. Káli András

Radiológia: dr. Molnár Ferenc ● Bőrgyógyászat: dr. Várkonyi Viktória

Neurológia: dr. Szegedy Norbert ● Gyermekekori érbetegségek: dr. Tasnádi Géza

Szervezés, továbbképzés: dr. Meskó Éva ● Közlemények: dr. Mátyás Lajos

Kiadja az ANGIOLÓGIAI Kft. Felelős kiadó az ANGIOLÓGIAI Kft. ügyvezető igazgatója.

Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./fax: 3345-468.

Tervezőszerkesztő: dr. Sébor József ● Nyomdai munkák: Black Print Kft.

New Technologies for Peripheral Vascular Disease

**Boston
Scientific**
Delivering what's next.™

Peripheral Cutting Balloon™

Microsurgical Dilatation Device

Microsurgical Dilatation for reduced vessel trauma

- Expanded range
- Monorail™ system
- 2 cm atherotomes length

*Expand your
treatment
options*

PolarCath™*

Peripheral Dilatation System

**Cold Therapy designed to trigger
a non-inflammatory apoptotic response****

*Accuracy
Deliverability
Design*

Sentinol™

6F Nitinol Stent System

- **Blue O.N.E.**
for Stent Surface
Passivation
- **Unique** Radial
Tandem Architecture™**
for Flexibility
- **6F Uniflex™ SDS**
for Accurate Placement

Boston Scientific Magyarország Kft
1097 Budapest
Könyves Kálmán Krt. 5.
Tel.: +36 1 456-30-40
Fax: +36 1 456-30-41

Hogyan tovább érsebészet?

Soltész Lajos Emlékelőadás, Pécs, 2005. október 12.

DR. ACSÁDY GYÖRGY

ÖSSZEFOGLALÁS

Az ország lakosságának érsebészeti ellátását biztosító központokat több helyen racionalizálni kell. Olyan egységek kerüljenek kialakításra, amelyekben megfelelő létszámú (szak)orvos, betegágy és kivizsgálási lehetőség van. A diagnosztikai, illetve invazív radiológiai beavatkozáshoz szükséges műszereket az országban a lakosság arányának megfelelően, az ellátó osztályokhoz csatlakozóan kell telepíteni. Mindezekhez indokolt lenne a népesség egészét reprezentáló epidemiológiai felmérés. Az intervencionális beavatkozások és a műtétek arányában változás várható. Eddig hozzávetőleg a műtétek 25%-át váltották ki a percutan technikák. Fontos a betegek primer és szekunder prevenciója, a betegek utánkövetése, gondozása és rehabilitációja. Nehéz, de elengedhetetlen a folyamatosan változó finanszírozási feltételekhez alkalmazkodnunk. Az alap kutatások eddig két ígéretesnek tűnő gyógyítási lehetőséget mutattak fel: az angiogenezist és az összejt-beültetést. Csatlakozásunk az Európai Unióhoz szakmánk oktatásában is változást hozhat. Az előadásban megfogalmazottak célja gondolatébresztés a fejlődés lehetőségeinek közös kimunkálásához.

Bevezetés

Azok a nagy tekintélyű kollégák, akik korábban abban a megtiszteltetésben részesülhettek, hogy Soltész Lajos Emlékelőadás megtartására ítélte őket méltónak a társaság vezetősége, már sok aspektusból és az érgyógyászat vala-

HOW WILL VASCULAR SURGERY DEVELOP?

György Acsády M. D.

It is necessary to standardise vascular surgery centres that would provide a good level of service nationwide. These centres would be well-supplied with doctors, beds and good examination facilities. Equipment necessary for radiological diagnosis and intervention would have to be installed according to the population density of inhabitants. For this an epidemiological survey representing the whole population would have to be carried out. A change is expected in the ratio of radiological interventions to surgery. Up until now about 25% of operations have been replaced by such interventions. Primary and secondary prevention and the follow-up, care and rehabilitation of patients is important. Although it is difficult we will have to accommodate to financial conditions. Basic research has shown us two promising therapeutical possibilities: angiogenesis and stem cell implantation. Our entry into the European Union could result in changes in the education of our profession. The above article is intended to stimulate thought about development possibilities as we work together on these issues.

mennyi területét felölelő összefoglalóban értékelték a szakmai fejlődést a kezdetektől előadásuk időpontjáig.

Magam nem egy speciális terület feldolgozását kívánom önök elé tárni, hanem a tudomány fejlődését figyelemmel kísérve a megváltozott társadalmi és gazdasági helyzetben

elgondolkodni az érsebészet jelen ismereteiken alapuló jövőjén. Teszem ezt úgy is, mint a társaság leköszönő elnöke, mint az Ér- és Szívsebészeti Klinika igazgatója, vagy mint az újonnan kinevezett országos érsebész szakfelügyelő főorvos. Az alább felsorolandó problémák taglalásával kívánom mondanivalómat kifejteni:

- az oktatásban várható változások az Európai Unióhoz való csatlakozás kapcsán,
- az ország lakosságának érsebészeti ellátását biztosító központok átszervezése,
- az epidemiológiai felmérés országos szintű megszervezése,
- alkalmazkodási lehetőségek a folyamatosan változó finanszírozási feltételekhez,
- a diagnosztikai és műtéti tevékenység rohamosan fejlődő technikai eszközeinek az ország területét racionálisan lefedő telepítése,
- az intervencionális beavatkozások és a műtétek várható arányváltozásai,
- az alapkutatások eredményeinek alkalmazása a klinikai gyakorlatban,
- a betegek utánkövetése, gondozása, rehabilitációja.

Mіндеzen kérdésekre a helyes válasz csak szakmai és társadalmi konszenzussal adható meg, mert a jelenlegi gazdasági helyzetben maradéktalan megoldásuknak nincs fedezete. Az előadást gondolatébresztőnek szánom ahhoz, hogy közösen találjuk meg a betegeink gyógyulását és szakmánk fejlődését eredményező megoldást.

Az ország lakosságának érsebészeti ellátását biztosító központok átszervezése

Jelenleg az ország területén 45 egészségügyi intézményben folytatnak különböző szintű érsebészeti tevékenységet. Az akut ellátásban az alábbi szakmai szintek különíthetők el:

1. artériás embólia,
2. traumás és iatrogén érsérülés,
3. akut artériás thrombosis,
4. aneurysma ruptura,
5. aorta dissectio.

Az artériás embólia ellátására gyakorlatilag valamennyi érsebészeti osztálynak felkészültnek kellene lennie. A klinikailag biztos embólia diagnózisához angiographia nem szükséges, minimális érsebészeti műszerigényre, de érsebészeti jártasságú szakemberre van szükség ellátásához. A további négy akut vascularis történést diagnózisához és a szükséges helyreállító érműtét megtervezéséhez angiographiás háttér szükséges. Ebből következik, hogy rekonstruktív érműtét rendszeres és eredményes végzésére csak azon intézetekben van reális lehetőség, ahol a vascularis diagnosztika megfelelő szinten biztosított, továbbá képzett szakemberekkel működő angiológiai háttér is adott. Joggal merül fel az a kérdés, hogy szabad-e ott érsebészetet művelni, ahol a diagnosztikus lehetőségek hiánya miatt csak kis számú be-

avatkozást tudnak végezni, és ennek következtében a kellő érsebészeti rutin sem fejlődhet ki. Nem ajánlott továbbá fenntartani az olyan érsebészeti részleget sem, amely egy vagy két orvosra, jó esetben szakorvosra alapozott, mert a nagyér műtétekhez szükséges team sem állítható fel, ezen túl nem megoldott az ügyeleti ellátás, az esetleges szövődmények időben történő észlelése és szakszerű ellátása. Senkinek a hátrányára, de az ország lakosságának szakszerű ellátása érdekében a jelenlegi érsebészeti ellátást lépésről lépésre racionalizálni szükséges. Jogos igényként és szakmai követelményként merül fel annak szükségessége, hogy valamennyi megyei kórházban 25-30 ágyas önálló érsebészeti részleg szerveződjék, legalább 4 szakorvos közreműködésével. Minthogy önálló diszciplína, így önálló szakmai vezetéssel kell rendelkeznie. Az egész megyét ellátó ügyeleti szolgálatot kell szerveznie. Az egyre szaporodó polytraumatisált esetek akut érsebészeti ellátására a jövőben célszerű valamennyi ún. nagy baleseti felvételes ügyeletet adó traumatológiai osztályon is érsebész szakorvost, vagy szakorvosokat alkalmazni. Az elmondott átszervezési javaslat egyaránt szolgálja az eredményesebb érsebészeti betegellátást, az elkerülhető szövődmények számának csökkenését, a betegellátás szervezettségét és biztonságát, a gazdasági erőforrások célszerű csoportosítását és a célirányos fejlesztések megtervezését. A fővárosban ugyanez a rendszer a területi vezető kórházak szintjén valósítandó meg. A hazai négy orvosegyetemen az oktatás és a továbbképzés feladatait is ellátni képes önálló egységek fenntartása kívánatos.

A diagnosztikai és műtéti tevékenység rohamosan fejlődő technikai eszközeinek az ország területét racionálisan lefedő telepítése

E problémakör szorosan csatlakozik az előző szervezési feladatokhoz. Alapelvként leszögezhetjük, hogy a technikai fejlesztéseket és beruházásokat az egyes régiók érsebészeti centrumainak eredményes működését biztosítandó kell telepíteni. Jelenleg a helyzet messzemenően nem felel meg ennek az elvárásnak, mert elsősorban a képalkotó eljárások és újabban az intervencionális beavatkozások „vadprivatizációja” miatt most a beruházói érdekek kerültek előtérbe. A jövőben elkerülhetlenné válik a betegellátási feladatok és a profitorientált vállalkozások egészségügyi tevékenységének harmonizálása. A betegellátás elsődlegessége megkérdőjelezhetetlen, mint ahogy az a tény is, hogy a diagnosztikus és terápiás eljárások kölcsönösen egymásra utaltak és fekvőbeteg háttér nélkül biztonsággal nem művelhetők. Nem elhanyagolható szempont e téren is az ország, és ezen belül az egészségügy gazdasági helyzete, amely miatt célszerűtlen és megengedhetetlen az, hogy hazánk egyes területein feleslegesen sok, míg más részeiben a szükségesnél is kevesebb nagy értékű egészségügyi beruházásra kerüljön sor. Mind az egészségügyi kormányzatnak, mind az egészségbiztosítónak, továbbá a szakmai grémiumoknak kiemelt figyelmet kell fordítani arra, hogy a jövőben ezek az aránytalanságok megoldódjanak.



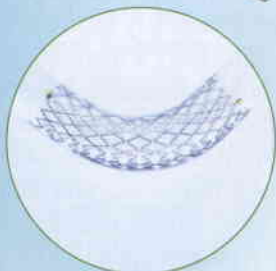
Medtronic

VASCULAR

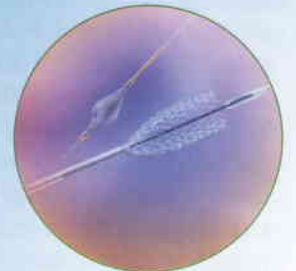
Testreszabott megoldásokat kínálunk a vasculáris intervenció számos területén



Talent TAA és AAA
sztentgraftok



Aurora SE
perifériás nitinol sztent



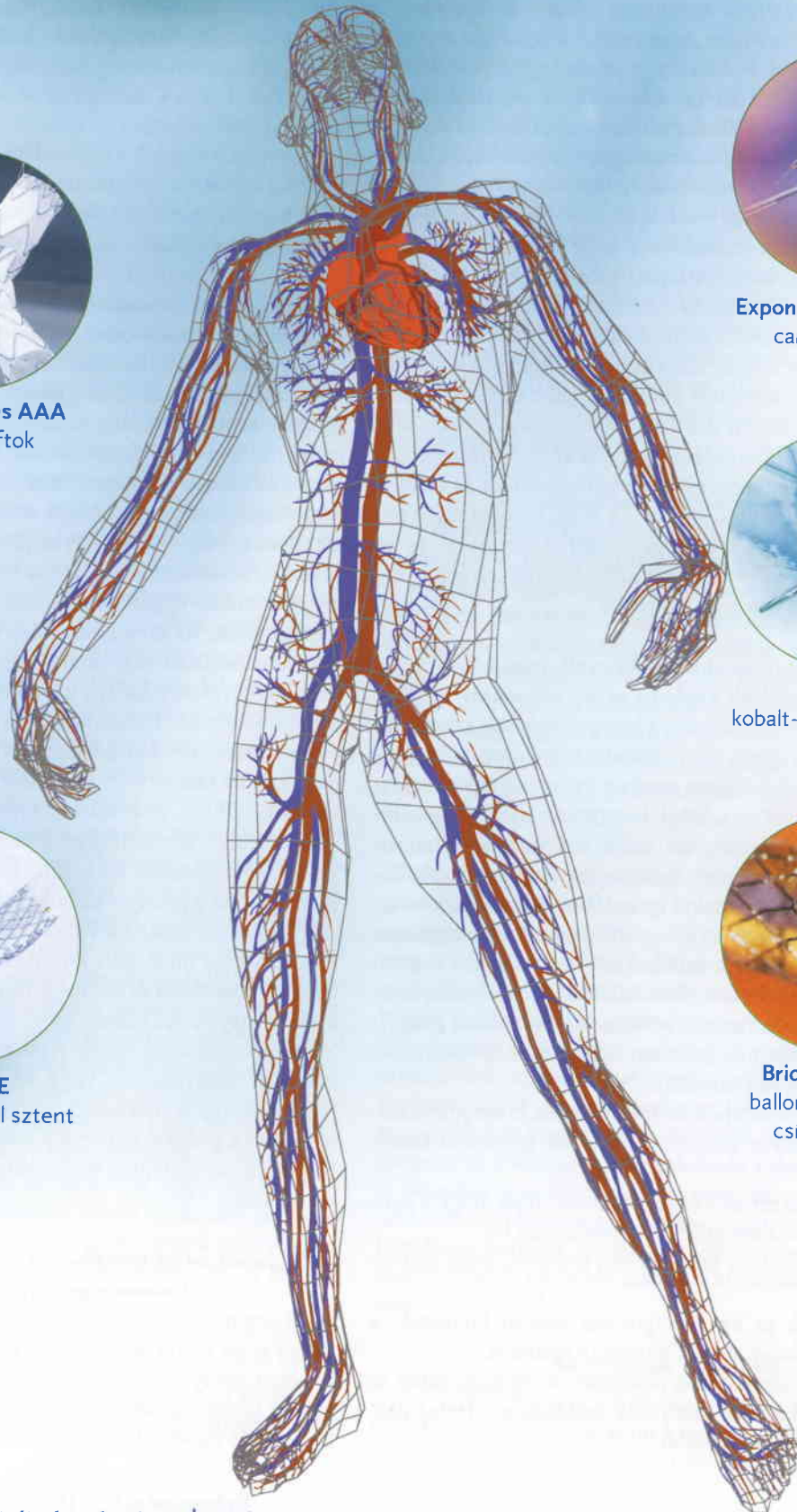
Exponent + Interceptor
carotis rendszer



Racer
kobalt-króm vesesztent



Bridge Assurant
ballontágítású acél
csípőerszent



When Life Depends on Medical Technology

Medtronic Hungária Kereskedelmi Kft.

Budapest 1123 Alkotás utca 50. Tel: 06-1-8890600 Fax: 06-1-8890699

www.medtronic.hu

Az epidemiológiai felmérés országos szintű megszervezése

Az előbbieken ismertetett szervezési anomáliák egyik okaként az e téren való teljes lemaradásunk is felelőssé tehető. Az elmúlt huszonöt év alatt hazánkban három esetben történt epidemiológiai adatgyűjtés a vascularis megbetegedések incidenciájának megbecslésére. A nyolcvanas évek elején Radó főorvos vezetésével a vénás betegségek előfordulását vizsgálták, majd a kilencvenes években Meskó főorvos asszony Pest megyében, Mátyás főorvos Borsod-Abaúj-Zemplén megyében végzett részleges epidemiológiai adatgyűjtést az artériás betegségek felmérésére. Tiszteletben tartva mindhárom, nagy erőfeszítéseket igénylő adatgyűjtést, mégis azt kell mondani, hogy ezek nem szolgáltattak a hazai lakosság egészére extrapolálható adatokat. Történtek továbbá stroke incidenciá felmérések neurológusok részéről és myocardialis infarctus előfordulási adatgyűjtések kardiológusok által. Az adatok azért sem pontosíthatók, mert az ország különböző területein különböző gazdasági és szociális körülmények között élő lakosság körében a vascularis megbetegedések előfordulása eleve különböző. Az egész országra kiterjedő felmérés elkészítése hosszú időt és rendkívül sok anyagi ráfordítást igényel. A pénzt európai uniós pályázatok segítségével kell megkísérelni előteremteni, és az adatgyűjtésbe elengedhetetlenül szükséges az anyagilag érdekelte telt családorvosok bevonása.

Az intervencionális beavatkozások és a műtétek várható arányváltozásai

E kérdés megválaszolására a betegek érdekeit szem előtt tartó elkötelezettségem azt mondatja, hogy ezen arányeltolódás olyan mértékű legyen, amely a gyógyítás eredményességét fokozza. Nem a szakmák kompetenciájának kell felülkerekedni, hanem kiszorgálni azt az egyéni igényt, hogy a gyógyulás minél kevesebb fájdalommal vagy megterheléssel járjon, és azt a társadalmi igényt, hogy az orvosi beavatkozások eredményeként egyre több legyen a munkaképes állampolgárok száma és csökkenjen a közellátásra szoruló invalidusok tábora. A technikai fejlődés lehetővé tette, hogy egyes, korábban kiterjesztett sebészi beavatkozással gyógyított betegségek ma már percutan technikával orvosolhatók. Ez több előnyt is rejt magában:

- az idősebb, rossz állapotban lévő betegek is megmenekülhetnek életveszélyes következményekkel fenyegető betegségektől,
- teljesül azon érthető és jogos emberi óhaj, hogy a gyógyulás minél rövidebb idő alatt következzen be,
- a rövidebb ápolási idő nagyobb betegforgalmat tesz lehetővé,
- csökkennek az egy betegre eső ápolási költségek, a gyógyszer, a kötszer, a vérvérvétel kiadások,
- a műtéti beavatkozások alulfinanszírozottsága miatt az érsebészeti tevékenység arányának csökkenése jelenleg gazdaságilag relatíve előnyösebb,

– végül, de nem utolsósorban az intervenciós beavatkozások jelenleg még jobb finanszírozása kompenzálja a beavatkozások során felhasznált katéterek, endovascularis eszközök költségeit és a folyamatosan emelkedő kontrasztanyag árakat. Ez alól a stent-graft beültetés kivétel, az implantált eszköz indokolatlanul magas ára miatt. Arra nézve még nincsenek konkrét adatok, hogy hosszú távon ez a pozitív szaldó tartható lesz-e, nevezetesen, amikor a több százmillió forint értékű angiographiás berendezések cseréje válik majd szükségessé.

Pontos szám adatok – elsősorban az intervencionális tevékenység adatainak hiányában – nem mondhatók, de jelenleg kb. a korábbi érsebészeti beavatkozások 25%-át váltották ki a percutan technikák.

A betegségek megelőzése, a betegek utánkövetése, gondozása, rehabilitációja

Az igazi megoldás a primer megelőzés mind szélesebb körű alkalmazása lenne. Jelenleg sem a szűrővizsgálatok területén, sem a szociális ellátás tekintetében nem tudjuk megközelíteni az elvárható szintet. A túlhajszolt élet, a létbizonytalanság okozta stresszhelyzet és a korlátozott anyagi lehetőségek csak szűk rétegek számára teszik lehetővé az életmódbeli vagy gyógyszeres megelőzés rendszeres alkalmazását. A szekunder megelőzés hasonlóan fontos lenne, de megvalósítását ugyancsak az előzőekben felsorolt akadályok gátolják. Az érbetegség miatt akár angiológiailag, akár intervencionálisan vagy műtétileg kezelt betegcsoport korrekt utánkövetése csak egy naprakész és szakszerű adatbázis alapján történhet. Ennek alapjait volt hivatott lerakni a két éve bevezetett érsebészeti regiszter. Természetesen – jó magyar szokás szerint – itt is először az ellenérvek hangoztatására került sor, adatvédelmi jogokra, számítógépes háttér nélkülözésére, kórházigazgatói engedély hiányára hivatkozva, mígnem kilátásba helyeztük, hogy a finanszírozás elosztását ezen túl a jelentett adatokra alapozzuk, és ettől a rendszer lassan, de működni kezdett. Ennek az adatszolgáltatásnak nem csak pénzügyi következményei vannak, hanem a betegek gondozása és a rehabilitációra szoruló felmérése is ezen az alapon valósítható meg. Sajnos, artériás betegségeink csaknem teljes egésze rendszeres gondozásra szorul. A stroke-ot szenvedettek, vagy végtagsconkoláson átesettek rehabilitációja a megfelelő foglalkoztatottsági lehetőségek hiánya és a gyógyászati segédeszközök magas ára, sok esetben alacsony technikai színvonal miatt gyakorlatilag alig megoldható.

Alkalmazkodási lehetőségek a folyamatosan változó finanszírozási feltételekhez

A szinte évről évre változó HBCS és járóbeteg finanszírozási érték külön gondot, és – mondhatni – ma már szakértelmet igényel ahhoz, hogy a tevékenységünk lehetőleg anyagi veszteség nélkül legyen folytatható. Ennek alapja a korrekt, de minden részműveletre kiterjedő kódolási techni-

ka elsajátítása. Ma már egyetlen intézmény sem tudja nélkülözni a főfoglalkozású kódellenőrző és teljesítményjelentő munkatársakat.

Ma csak azok a kórházak és klinikák tudnak nyereséget termelni, vagy nullszaldóságok maradni, ahol a vascularis ellátás teljes palettája rendelkezésre áll. Nevezetesen az intervencionális radiológiai beavatkozások, a sebészeti ellátás és az angiológiai háttér szervezett együttműködése tudja biztosítani a gazdasági egyensúlyt. Ezért is szükségesek a korábbiakban általam felvázolt átszervezések mind az érsebészeti ellátást teljesítő centrumok, mind a korszerű diagnosztikus eszközök telepítése szempontjából.

Az alap kutatások eredményeinek alkalmazása a klinikai gyakorlatban

Az ischaemiás betegségek gyógyításában új lehetőségként két – az alap kutatásban már előrehaladottan tanulmányozott – módszer vár bevezetésre. Az egyik a terápiás angiogenesis, a másik az ún. őssejt beültetéssel tervezett szövetreprodukció.

1. Angiogenesis

– Az emberi szervezet morfológiai és funkcionális integrálásának helyreállításában a terápiás angiogenesis az új erek képződésének serkentésével a szöveti keringést javítja, és ezáltal az ischaemiás károsodások gyógyulását elősegíti. Az ischaemia indukálta sejtkárosodás hatására angiogén növekedési faktorok szabadulnak fel. Hasonló folyamat játszódik le az akut artériás thrombosis kapcsán is, mert a thrombocytákból számos angiogén faktor szabadul fel, (bFGF, VEGF, PDGF). A gyulladásos folyamatokkal szövődött esetekben a gyulladásos mediátorok (leukotrének, interleukinek, makrofágok, monocyták és neutrofilok) potenciálják az ischaemiára adott angiogén választ. A számos angiogén válaszméchanizmus ellenére a legtöbb ischaemiás szövet nem képes arra, hogy megfelelő fiziológiai választ adjon és megfordítsa a betegség folyamatát. A kutatások arra irányulnak, hogy az ischaemiás területek a különböző módokon terápiás dózisban odajuttatott növekedési faktorok által indukált angiogenesis hatására élet- és funkcióképesek maradjanak. Az angiogenesis hasznos terápiás eszközzé fejlődhet a perifériás érbetegségek, az ischaemiás szívbetegség, a stroke és az elhúzódó sebgyógyulás kezelésében. A terápiás hatású géneknek a célsejtekbe való bejuttatására hordozó molekulák, ún. vektorok szükségesek. Ezek lehetnek plazmid DNS, liposzómák vagy vírus vektorok. A legeredményesebbek az adenovírus és retrovírus alapú vektorok. A retrovírusokkal stabil génbevitel érhető el, de ezek csak osztódó sejteket fertőznek meg. Az adenovírusok csak ideiglenes, de nagy hatásfokú génbevitelre alkalmasak. A legtöbb esetben a VEGF gént alkalmazzák.

– Határt szab az angiogenesis provokálásának az a tény, hogy az új erek képződése a rosszindulatú daganatos betegségek, a diabéteses retinopathia, a psoriasis, a reumatoid arthritis és az AIDS okozta Kaposi sarcoma progresszióját okozza.

2. Őssejt beültetés

A módszer lényege, hogy csontvelőből izolált őssejteket juttatnak az ischaemiás károsodást szenvedett szervbe vagy testrészbe. Kezdetben azt feltételezték, hogy ezek az őssejtek képesek mindenfajta szövettípussá átalakulni, amelyek korábban ischaemiás károsodást szenvedtek. Bizonyítani a szövet reprodukciót mindez ideig nem sikerült, az azonban klinikai megfigyelés, hogy az infarctust szenvedett szívizom területben az őssejt kezelést követően nem alakul ki aneurysma a kezelés következtében jelentkező masszív hegyszövet képződés eredményeként. Őssejt nyerhető oly formán is, hogy a célszervből biopsziát véve azt szövettenyésztésben szaporítják és például a szívizom esetében így myoblastok, majd ebből myocyták képződnek, és ezeket lehet intracoronarián, myocardialisan vagy pericardialisan visszajuttatni az infarcerálódott területre. Az őssejtek a köldökzsinórból vett vérmintában lefagyaszttva évtizedekig tárolhatók, és szükség szerint az egyén felnőtt korában majd felhasználhatók terápiás célra. A sokfajta klinikai alkalmazási kísérlet közül az őssejt terápia a leukémia gyógyításában hozta a legjobb eredményeket.

Az oktatásban várható változások az Európai Unióhoz való csatlakozás kapcsán

Az 1980 óta Magyarországon bevezetett érsebészeti szakvizsga a sebészetre ráépített szakképesítésként szerezhető meg. Az elmúlt huszonöt évben 214 kolléga szerzett érsebészeti szakképesítést. Ma közülük mindösszesen 170-en művelik aktívan a szakmát. Az Európai Unió országaiiban az érsebészeti szakképesítés különböző módokon szerezhető meg. Egyes országokban nincs önálló érsebészeti szakvizsga, a legtöbb országban ráépített szakvizsgaként szerezhető meg, de a kötelezően előírt beavatkozások mennyisége és minősége is alacsonyabb, mint a jelenlegi hazai feltételek. A legújabb törekvések közé tartozik az a néhány országban megfogalmazott szakmai igény, hogy a szívsebészethez hasonlóan az érsebészet is alap szakképesítés legyen. Az uniós szabályozás következményeként bukott meg hosszú évek eredménytelen küzdelme után, hogy az angiológia önálló szakmává váljon és szakvizsgához kötött legyen a képesítés megszerzése, mert ilyen szakvizsgát a közösségben nem rendszeresítettek. Amennyiben nem kényszerítik ránk az érsebészet alapszakmaként történő szakképesítést, úgy a jelenlegi gyakorlat folytatását, tehát a sebészetre ráépített továbboktatását tartom célszerűnek. Természetesen ez a vélemény nem mindenki számára elfogadható.

Azonban a szakvizsga léte, nem léte vagy milyensége nem befolyásolhatja azt az elvárást, hogy az érgyógyászattal foglalkozó kollégák körében a tudományos minősítés megszerzése egyre nagyobb számban kívántassék meg a jövőben.

Az előttünk álló jövő

- Távoktatás.
- Távdiagnózis.
- Robotsebészet.

A **Pharmatextil Kft kompressziós kar- és lábharisnyái** nélkülözhetetlenek a vénás- és nyirokrendszeri betegségek kialakulásának megelőzésében, a kialakult betegségek kezelésében és a rehabilitációban. Használatuk során megfelelő nyomást gyakorolnak a kötőszövetekre és a vénafalakra, ezáltal fokozódik a vénás visszafolyás, csökken az ödéma, segít megőrizni a mozgásképességet és csökkenti a betegséggel fellépő fájdalmat.

A II. kompressziós **ELASTOMED**, a III. kompressziós **ELASTOBAR** és a IV. kompressziós **ELASTOLIM** lábharisnyák az érrendszeri betegségek kezelésének és a rehabilitációnak az eszközei:


- Az **ELASTOMED** márkanév a hagyományos minőséget jelenti.
- Az **ELASTOMED STRETCH** termékek vékonyak, áttetszőek.
- Az **ELASTOMED KOMFORT** és az **ELASTOBAR KOMFORT** harisnyák pamuttartalmuknak köszönhetően magasabb komfortérzetet biztosítanak.
- Az **ELASTOMED S** és **ELASTOBAR S** karharisnyák, valamint az **ELASTOLIM** lábharisnyák sikkötéssel készülnek.

E termékek árát az OEP 85%-kal támogatja.



- Az I. kompressziós **ELASTOFIT**, **ELASTOFIT STRETCH** és **ELASTOFIT SPORT** egészségvédő harisnyák viselése a láb elnehezülése és dagadása esetén, sok mozgást igénylő munkákhoz, sport és szabadidős tevékenységekhez, valamint kismamáknak a terhesség 5-6. hónapjától ajánlott.
- Az I. kompressziós **ELASTOBOL** embóliamegelőző harisnya használata műtéti beavatkozás előtt, alatt és után ajánlatos, az **ELASTOBOL FLY** térdharisnya használatával a hosszú időtartamú utazások alatt könnyen kifejlődő mélyvénás trombózis kockázata csökkenthető.
- Sportsérülések megelőzésére illetve kezelésére kör- és sikkötött boka-, térd-, csukló- és könyökszorítók kaphatók **ELASTOMED** és **ELASTOBAR S** márkanéven.

További információval szívesen állunk rendelkezésére: **Pharmatextil Kft**
1116 Budapest, Fonyód u. 2. • Tel: 208-0195 • Fax: 208-0197
E-mail: pharmatx@pharmatextil.hu • Web: www.pharmatextil.hu

 **Pharmatextil**

**Perifériás artériás obliteratív érbetegség (PAOD)
terápiája Fontaine III. és IV. stádiumban,
ha a lumentágító terápia nem lehetséges, illetve sikertelen:**

ALPROSTAPINT®

alproszadil, PGE₁ hatóanyag tartalmú tabletta (5x20 µg/ml).

Tudatjuk tisztelt partnereinkkel, hogy gyógyszerünk kórházi ára nem változott,
5x1 ampullás csomagolásban 18.522,-Ft.

Érvényben van korábbi rabat akciónk is: a felhasználók minden két doboz megvásárolt Alprostapint® injekció után egy doboz gyógyszert ingyenes minta formájában, ajándékba kapnak, melyet képviselőink juttatnak el Önökhöz.

Kérjük, hogy felírás előtt olvassa el a teljes alkalmazási előírást,
illetve esetleges kérdése esetén cégünket megkeresni szíveskedjék.

Wipharma Kft.
1147 Budapest, Miskolci utca 50. Telefon: 06-20-927-9727. Fax: 221-83-81.
E-mail: wiedemann@wipharma.t-online.hu

Tapasztalatok és eredmények a nyaki érsérülések sebészi kezelésében

DR. GALAMBOS BARNABÁS,
DR. ZSOLDOS PÉTER, DR. TAMÁS LÁSZLÓ

ÖSSZEFOGLALÁS

A nyaki érsérülések retrospektív analízisét végeztük a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház tíz éves anyagában.

Anyag és módszer. Ezen idő alatt tizenhat nyaki érsérülés ellátása történt. Nyolc esetben azonnali műtétet végeztünk (sürgősségi betegcsoport), nyolc betegnél angiographia történt a beavatkozás előtt (halasztott sürgősséggel operált csoport). A carotis communis és interna összes sérülését rekonstruáltuk, ligatiót csak carotis interna vagy vena jugularis interna laesiójánál alkalmaztunk. A vertebralis artéria sérülést coil embolisatióval láttuk el.

Eredmények. A sürgősséggel operált betegcsoportban a sérülést két esetben követő neurológiai deficit a műtétet követően javult. A halasztott sürgősséggel operált csoportban két esetben szövődménymentes coil embolisatiót végeztünk, egy esetben kialakult neurológiai károsodás oldódott.

Konklúzió. Az operatív megoldás adja a legjobb eredményt.

KULCSSZAVAK

nyaki érsérülések, neurológiai deficit, operatív megoldás

EXPERIENCE AND RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT OF THE NECK VASCULAR INJURIES

Barnabás Galambos M. D.,

Péter Zsoldos M. D., László Tamás M. D.

A retrospective analysis of the surgical management of neck artery injuries in Petz A. County Teaching Hospital is presented, covering a ten year period.

Materials and method. Sixteen patients with neck artery injuries were reviewed. Eight patients had undergone emergency exploration (emergency group), and eight had angiography prior to exploration (urgent group). A retrospective analysis of all surgically treated supraaortic vascular injuries over a 10-year period was performed. The policy is to repair all injuries to the common and internal carotid arteries. Ligation is reserved for the external carotid artery and internal jugular vein injuries. Coil embolisation was performed in the case of vertebral artery injuries.

Results. Injuries in the emergency group were all repaired, with improvements in the level of consciousness. In addition, two patients had preoperative neurological deficits that improved. Two of the eight patients in the urgent group underwent coil embolisation. The remaining injuries of the carotid artery were all repaired, with improved neurological deficit when present.

Conclusion. Operative repair offers the best chance of recovery.

KEYWORDS

neurological deficit, operative repair, supraaortic vascular injuries

Bevezetés

Gyakorlatunkban a supraaorticus érsérülések ellátása során a betegek posztoperatív neurológiai státuszát nagyban befolyásolja a műtéti ellátás gyakorlata, miszerint a sérült éret mikor és hogyan rekonstruáljuk. A szerzők a supraaorticus erek sérüléseinek retrospektív analízisét végezték 1991. január 1. és 2001. december 31. között a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Érsebészeti Osztályának anyagában.

Betegek és eljárások

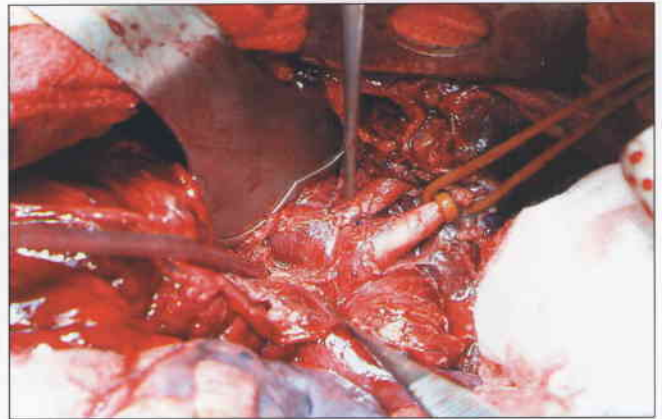
A vizsgált időszakban 16 alkalommal láttunk el supraaorticus érsérült beteget intézményünkben. Amikor uralhatatlan vérzést és/vagy haemodynamikai instabilitást észleltünk, azonnali műtéti ellátást kezdtünk. Haemodynamikailag stabil állapotban rutinszerűen aortaív és carotis (négy ér) angiographiát végeztünk azon esetekben, amelyeknél érsérülés feltételezhető volt a klinikai és fizikális jelek alapján. A műtéti beavatkozások előtt minden betegnél rögzítettük a Glasgow Kómaskála (GCS) értékeit, a szisztolés vérnyomást, valamint a centralis és focalis neurológiai jeleket, illetve azok időbeni változását.

Minden sürgősséggel feltárt arteria carotis interna (ACI) és arteria carotis communis (ACC) sérülést szenvedett betegnél rekonstrukciót hajtottunk végre, függetlenül a comatosus állapottól és/vagy centralis neurológiai tünet meglététől. Hasonlóan jártunk el azon eseteknél is, ahol a radiológiai vizsgálat során ACC és ACI sérülést detektálva a distalis áramlás megszakadását észleltük (1. ábra). Sokkos állapot kezelése, valamint megelőzése érdekében ACE, illetve vena jugularis interna sérülés esetén a ligatura végrehajtása volt a célra vezető sebészeti technika (I. táblázat).

Eredmények

A betegek (n = 16) 31,25%-a (n = 5) volt nő. A páciensek átlagéletkora $32 \pm 12,3$ év. A sérülések 31,25%-a (n = 5) direkt bőrsérüléssel járt, a többi esetben indirekt erőbehatásra következett be a sérülés. Az esetek 50%-ában (n = 8) sürgősséggel operáltunk, míg a halasztott sürgősséggel operált csoportban minden alkalommal praeoperatív angiographiát végeztünk. A kialakulás mechanizmusa 68,7%-ban (n = 11) direkt penetráció, 31,3%-ban (n = 5) tompa behatás volt.

A sürgősséggel operált esetekben az ACC, illetve az ACI bármely sérülése esetén rekonstrukciót végeztünk. Ebben a csoportban 6 betegnél nem alakult ki centralis neurológiai deficit. 1 betegnél a pajzsmirigy egyidejű sérülését is elláttuk. Praeoperatív focalis neurológiai deficit esetén általában alacsony GCS értéket regisztráltunk. 1 beteg esetében jobb felső végtagi monoplegiát észleltünk, kielégítő (>90 Hgmm) szisztolés vérnyomás értékkel. A neurológiai státusz a posztoperatív szakban javult (II. táblázat). Azon betegnél, akinél a műtét előtt alacsony szisztolés vérnyomás érték és comatosus állapot állt fenn, a posztoperatív szakban kifeje-



1. ábra. ACI sérülés ellátása direkt varrattal, occlusió katéter segítségével.

Fig. 1. Repair of internal carotid artery with the aid of occlusion catheter.

zett aphasiát és CT-vizsgálattal igazolt a cerebri media el-látási terület ischaemiás laesióját észleltük. A beteg a posztoperatív 10. napon aspiratiós pneumonia szövődeményeként fellépő szeptikus állapot, valamint cardiorespiratoricus insuffitientia tünetei között exitált. A többi esetben a műtét utáni szakban újkeletű focalis és/vagy centralis neurológiai kórjel nem alakult ki.

A halasztott sürgősséggel operált esetekben, a radiológiai leletek birtokában előre meghatározott stratégiával láttuk el a sérüléseket (III. táblázat). A betegek prae- és perioperatív előkészítés, állapotrendezés után stabil vitális paraméterekkel kerültek operációra. Contusio esetén az áramlásban nem észleltünk fennakadást. Ilyen állapotokban intraoperatív ajánlatos arteriotomiával meggyőződni arról, hogy nincs-e jelentősebb intramuralis haematoma vagy intima sérülés. Az a. vertebralis sérülés esetén ligatura alkalmazása gyorsan-kivitelezhető és kielégítő eredményt adó eljárás, hiszen az ellenoldali a. vertebralis képes az ellátási terület vér-átáramlásának biztosítására (1-2). Mi a coil embolisatiót választottuk megoldásként. ACC, valamint ACI sérülés esetén mindenkor a rekonstrukció választandó, ugyanis ezen megoldás adja a legjobb eredményeket, illetve a legkisebb posztoperatív szövődeményeket (I. táblázat).

Következtetések

Elmondható, ha masszív, illetve aktív vérzés, gyorsan növekvő haematoma, hypovolaemiás shock, kiterjedt bőr- és lágyrész sérülés áll fenn, a műtétet sürgősen el kell végezni (3-4). Azon esetekben, amikor a nyaki érsérülés mellékletként és/vagy klinikai tünetek alapján kerül felismerésre, és a beteg állapota nem kíván azonnali beavatkozást, angiographia, teljes kivizsgálás és állapotstabilizálás szükséges (5-6). Minden nyaki direkt, illetve indirekt traumára bekövetkező sérülés esetén, ha érsérülésre utaló klinikai jel észlelhető, kötelező annak hátterét tisztázni.

Lokalizáció	Primer varrat	PTFE	Véna folt	Ligatura	Coil embolisatio	Összesen
Sürgősséggel operált esetek (n = 8)	ACC	2	–	1	–	3
	ACI	1	1	–	–	2
	ACE	–	–	–	2	2
	VJI	–	–	–	1	1
	AV	–	–	–	–	–
Halasztott sürgősséggel operált esetek (n = 8)	ACC	1	–	1	–	2
	ACI	1	–	1	–	2
	ACE	–	–	–	–	–
	VJI	–	–	–	–	–
	AV	–	–	–	2	2

I. táblázat. Érsebészeti ellátás. ACC: a. carotis communis, ACI: a. carotis interna, ACE: a. carotis externa, VJI: v. jugularis interna, AV: a. vertebralis.

Table I. Vascular surgical interventions.

Emergency operation cases (n=8), Delayed emergency operation cases (n=8).

	Preop. GCS	SRR (Hgmm)	Focalis neurológiai deficit		Postop. GCS	Eredmény
			Preop.	Postop.		
Sürgősséggel operált (n = 8)						
6	15	>90	nem volt	nem volt	15	él
1	11	>90	jobb fv.-i monoplegia	javult, erősség 4/5	15	él
1	8	<90	jobb hemiparesis	aphasia, isch. vasc. laesio	14	exit
Halasztott sürgősséggel operált (n = 8)						
7	15	>90	nem volt	nem volt	15	él
1	12	>90	bal hemiparesis	javult	15	él

II. táblázat.

A betegek prae- és posztoperatív neurológiai státusza.

Table II.

Pre- and postoperative neurological state of the patients.

Elfogadható rekonstrukciós lehetőséget jelent elsődleges varrat, end-to-end anastomosis, véna folt felhelyezése, PTFE behelyezése vagy saphena graft használata. Egyes szerzők az ellátás során leírták az ACE transpositióját az ACI-re. Azon betegeknél, akiknél nem észlelhetőek focalis neurológiai kórjelek, érsebészeti osztályos megfigyelés és kivizsgálás szükséges, amennyiben az ellátó intézményben erre mód van (7-11). Ha stabil állapotú betegnél a sérülés oldalán csökkent áramlás jön létre, de az ellenoldali kom-

penzáció mellett nem alakul ki neurológiai kórjel, elfogadható a beteg szoros obszervációja, és radiológiai utánkövetése is megengedett. Ugyanakkor aszimptomás betegnél, teljes vagy subtotalis oclusio esetében mielőbbi rekonstrukció indokolt, mert a későbbiekben neurológiai károsodás jeleinek kialakulása várható. Artériás oclusiót mutató angiographiás lelet transectio következménye is lehet, amely a későbbiekben álaneurysma kialakulásához, valamint annak rupturájához, illetve embolisatiohoz vezethet (2. ábra).

SIKERES KOMPRESSZIÓS TERÁPIA

A **Lohmann és Rauscher** valamint a **mediBayreuth** cég termékeivel!

A **Salus Kft.**, mint a **Lohmann és Rauscher** valamint a **mediBayreuth** cégek termékeinek forgalmazója a vénás, illetve nyirokódémás betegek kezelésében oly fontos kompressziós terápia teljes időszakára biztosítja a hatásos, rugalmas pólyát, kompressziós kar-, illetve lábharisnyát, valamint a kezeléshez szükséges további eszközöket.

medi

Medi kompressziós kar-,
illetve lábharisnyák

Lohmann  Rauscher



Rosidal K – kompressziós
pólya



Tg – trikó-csőpólya



Mollelast – szegett pólya

A kompressziós terápia eszközei



Cellona – szintetikus
alábélelő pólya



Lymphpad – latexlap



Komplex – nyomás-kiegyenlítő
habszivacs

TERMÉKEINK ALKALMAZÁSA

- A SIKER KULCSA A KOMPRESSZIÓS TERÁPIÁBAN!



Forgalmazó: **Salus Kft.**

1119 Budapest, Thán K. u. 20.

Telefon: 204-3846 • Fax: 204-3851

www.salus.hu

Prevenció – az érszűkület és a folyamatot befolyásoló gyógyszerek

Prof. dr. Kollár Lajos

Érszűkület az érsebész szemével – gyógyszerek és/vagy műtét?

Magyarországon a megbetegedési és halálozási statisztikákat a szív- és érrendszeri betegek vezetik. Az érbetegek kezelésében elsődleges szempont a belgyógyászati-angiológiai kivizsgálás, a korrekt diagnózis felállítása és az időben megkezdett konzervatív kezelés. Sebészeti ellátásra az érbetegeknek csak relatíve szerény száma kerül, akár fenyegető ischaemia, akár progrediáló dysbasiás panaszok miatt. A belgyógyászati-angiológiai kezelés részét képezi a lipid anyagcsere zavarainak rendezése, thrombocytá aggregációgátlók, vérviszkozitás csökkentők adása.

Az utóbbi években a minimálisan invazív technikák az érsebészetben is szemléletváltozást hoztak létre. A radiológusok által már korábban jól ismert katétertechnikás eljárások klasszikus érsebészeti megoldásokkal kombinálva, a beteg számára kisebb megterheléssel járó, eredményesebb beavatkozásokat tettek lehetővé.

A szerző a PTE/ÁOK Sebészeti Tanszékén elvégzett minimálisan invazív, hybrid érsebészeti beavatkozások lehetőségeit taglalja, amelyek korábban inoperábilisnak tartott, vagy rossz cardiorespiratoricus állapotban lévő betegeknél egyetlen életesélyt jelentő megoldást adhatnak. Ismerteti a thoracalis és hasi aneurysmák stent-graft technikáit és eredményeit. Megállapítja, hogy az érbetegek komplex kezeléséhez a belgyógyász-angiológus, invazív radiológus, aneszteziológus szoros együttműködése szükséges.

A fenti előadások, amelyek kivonatait jelen lapszámban van alkalmunk közölni, a Pécsi Angiológiai Napokon – a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis és Intervenció Radiológiai Társaság közös kongresszusán – 2005. október 12-én, *Prevenció – az érszűkület és a folyamatot befolyásoló gyógyszerek* címmel megrendezett szimpóziumon hangzottak el. Az ülés elnöki teendőit prof. dr. Kollár Lajos (Pécs) és prof. dr. Paragh György (Debrecen) látta el.

Dr. Kolossváry Endre

A kalcium-antagonisták statin- és a statinok

kalcium-antagonistaszerű hatásai

Az antihipertenzív gyógyszerek elsődleges vérnyomás-csökkentő hatásain túl másodlagos, a fő gyógyszerhatástani tulajdonságtól eltérő, jótékony hatásokat, úgynevezett pleiotróp hatásokat mutatnak. A feszültségfüggő L típusú kalciumcsatornák blokkolói az intracelluláris kalcium-szint csökkentése, a következményes vazorelaxáció mellett atherosclerosist gátló hatásokat mutatnak. A dihidropiridin típusú kalcium-antagonisták egy részének a fizikokémiai tulajdonságokon alapuló atherosclerosist gátló hatásai nemcsak in vivo kísérletekben, hanem klinikai vizsgálatokban is bizonyítást nyertek. Bizonyított e gyógyszerek carotis intima-media vastagság progressziójára, az intrakoronáriális UH-vizsgálattal igazolt koronária atheroma méretére gyakorolt jótékony hatása, amely a kardiovaszkuláris események gyakoriságának csökkentésében is megnyilvánul (ELSA, PREVENT, CAMELOT). Ismeretes, hogy a statinok a szérumban LDL koleszterin csökkentésén túl számos klinikai vizsgálatban igazolt közvetlen vaszkuláris hatást is mutatnak. Ezen hatások egy részének köszönhetően igazolódott, hogy a statinok csökkentik a vérnyomást. A kardiovaszkuláris kontinumban alkalmazott gyógyszerek hatásai az új elképzelések alapján nem egyértelműen választhatók szét a primer hatás alapján. A kombinált alkalmazás értelmét a kardiovaszkuláris események gyakoriságának mérséklése jelenti.

Dr. Farkas Katalin

Az érszűkület kóréletteni háttere

Az érszűkület generalizált, progresszív folyamat, amely már az első évtizedtől elkezdődik, de tüneteket csak előrehaladott stádiumban okoz. A folyamat patofiziológiai alapja az endothel diszfunkció, amely megelőzi a morfológiai elváltozások kialakulását. Az endothelt érő fizikai trauma

vagy celluláris inzultus lehet az az esemény, amely választ vált ki („response to injury”), és elindítja az úgynevezett vascularis remodelling folyamatát, amelynek végső eredménye az atherosclerosis kialakulása. A klasszikus és újonnan felismert rizikófaktorok hatásukat az endothel működésének károsításával, elsősorban oxidatív stressz által fejtik ki. Infektív ágensek a gyulladás kiváltása révén károsítják az endothelt. Az atheroscleroticus plakk kialakulásában kulcsszerepet játszik a keringő fehérvérsejtek és az endothel közötti kapcsolat megváltozása, amelynek következtében fokozódik az endothel permeabilitása és a lipoproteinek akkumulációja révén megindul a plakk-képződés.

Dr. Bajnok László,
prof. dr. Paragh György

Az ACE-gátlók statinszerű és a statinok ACE-gátlószerű hatásai

A hypertonia és a dyslipidaemia kiemelt szerepet tölt be a cardiovascularis morbitásban és mortalitásban. A két betegség gyakran együttesen fordul elő, és ez hatványozódó rizikónövekedést okoz. Jól ismert, hogy a kockázat már

mérsékelten emelkedett vérnyomás és lipidérték esetén is jelentős. Az ezért felelős folyamatok fontos pathomechanizmusának lépései a két betegségben részben közösek, és egyben magyarázzák az ACE-gátlók és a statinok, a vérnyomás-, illetve koleszterincsökkentésen túlmenő, pleitrop hatásainak közös jellemzőit. A hypercholesterinaemia és a hypertonia egyaránt fokozza az oxidatív stresszt, s ennek következtében egyrészt a nitrogén-monoxid (NO) termelés csökkenése, másrészt endothelin, ACE I, angiotenzin II, angiotenzin receptor 1 expressziójának fokozódása figyelhető meg, endothel diszfunkciót eredményezve.

Kísérletes és korábbi kisebb tanulmányok azt jelezték, hogy a statinok potenciózzák az antihipertenzív szerek vérnyomáscsökkentő hatását. Ennek ellenére az ASCOT-BLPA nagy klinikai tanulmány 2005 szeptemberében közzétett eredményei a statinok szinergikus antihipertenzív hatásának lehetőségét nem erősítették meg. A korábbi HPS vizsgálat alacsony elemzéséből kiderült, hogy a simvastatin az ACE-gátlókat szedőkön is hasonlóan pozitív hatású, mint az azt nem nagyon szedőkön, ami a két szer kockázatsökkentő additív hatásaira utal. Az elméletileg nagyon kedvező hatású „polypill” lehetősége mellett a nem-farmakológiai intervenciók is nélkülözhetetlenek.

AZ ELŐADÁS-KIVONATOK MEGJELENÉSÉT A MEDICO UNO KFT. TÁMOGATJA



CORPRIL
ramipril

SIMVOR
simvastatin

ZANIDIP

lercanidipin



A nedves sebkezelő kötszercsalád



A nehezen gyógyítható, másodlagosan gyógyuló sebek mint a diabéteszes láb, az ulcus cruris, a decubitus, az égési sérülések kezelése szakértelmet, sok időt, türelmet igénylő feladat. Az ALLEVYN nedves sebkezelő termékcsalád olyan hidroaktív és hidrocéluláris kötszereket egyesít, melyek minden sebformára, elhelyezkedésre és sebváladék mennyiségre alkalmazhatóak páratlan választási lehetőséget nyújtva a szakemberek részére a betegek megfelelő kötszer kiválasztásában. Az ALLEVYN egyedülálló technológiája mind a betegek, mind orvosai, ápolói részére számos előnnyel jár, mivel gyors és zavartalan gyógyulást segít elő azon sebek esetében, melyek tradicionálisan nehezen gyógyíthatóknak bizonyulnak.

Az ALLEVYN nedves sebkezelők alkalmazásával a kezelési idő lerövidül, a kötéscserék ritkábbak, mivel a sebfedő több napon át is a seben maradhat, és ez a beteg életminőségének javulását eredményezi csökkenő költségek mellett. Az ALLEVYN termékek mindegyike vízhatlan, a sebfelülethez jól idomul, nem korlátozza a mozgást és a kötéscsere fájdalommentes. Az ALLEVYN termékek 85%-os, illetve fix OEP támogatásban részesülnek.

Amennyiben a termékekről bővebb információt szeretne, kérjük forduljon hozzánk bizalommal.

Allewyn

Útban az evidenciák felé

Beszámoló a Rio de Janeiróban megrendezett XV. Phlebológiai Világkongresszusról (2005. október 2-7.)

**DR. BIHARI IMRE, DR. MENYHEI GÁBOR,
DR. TASNÁDI GÉZA, DR. TITKAY GÁBOR**

A XV. Phlebológiai Világkongresszust a világ egyik leg-szebb fekvésű városában, Rio de Janeiróban rendezték meg. A helybéliek úgy tartják, metropoliszuk azért ilyen szép, mert az Úristen hat nap alatt teremtette a világot, és a hetedikén már csak Rióval foglalkozott. Brazília a világ ötödik legnagyobb területű országa, kiterjedése akkora, mint egész Európáé. Az utóbbi évtizedekben jelentősen fejlődött, Rióban ennek ellenére számos nagy, közbiztonsági szempontból meglehetősen veszélyes szegénynegyed található. Az összejövétel a város szélén lévő kongresszusi központban, nem éppen a legjobb hozzáértéssel került megrendezésre. Több alkalommal alakult ki olyan helyzet, hogy egyszerre akár tíz helyen szerettünk volna lenni, máskor minden előadóterem órákon keresztül program nélkül állt, majd ismét párhuzamosan kezdődtek az előadások.

Már a megnyitó is tartogatott meglepetéseket: az elnök, *Angelo Scuderi* nem a kongresszus hivatalos nyelvén, angolul, vagy a nemzetközi phlebológiai társaság másik nyelvén, franciául köszöntötte a hallgatóságot, hanem portugálul. Ezt a „nyelvi önállóságot” a továbbiakban még többször tapasztalhattuk. A hosszúra nyúlt köszöntők unalmát végül egy szamba zenekar és táncosok megjelenése feledtette.

A kongresszus tartalmi részének leggyakoribb célkitűzése a phlebológia régi és új tételeinek bizonyítékokra alapozott megállapítása vagy megerősítése volt. Részben nemrég befejezett tanulmányok eredményeit ismertették, részben újabb *studyk* terveit adták elő.

Mindezek sarokköve a visszérbetegségek CEAP osztályozása, amely ma már teljes körben elfogadott, így a jelen

kongresszuson is rendszeresen alkalmazott besorolás. Ennek lényeges szempontja, hogy milyen vizsgáló eljárással, a diagnosztika mely szintjével, vagyis egyszerű fizikális vizsgálattal vagy non-invazív műszerekkel, esetleg invazív diagnosztikai eljárásokkal állították fel a diagnózist. Jelenleg a legfontosabb diagnosztikus módszer az UH-vizsgálat, ennek standardizálására a phlebológiai UH-anatómia egységes jelölési rendszerét most dolgozzák ki. A CEAP néhány hiányosságára legismertebb alkotója, *Bo Eklöf* hívta fel a figyelmet: viták vannak a megítélésben olyan esetekben, amikor a betegnek corona phlebectatica parapantaris van, ér-szűkület súlyosbítja az állapotát, medencei pangási szindróma is fennáll, a postthrombotikus szindrómához lymphoedema is csatlakozik, vagy amikor extrém elhízás súlyosbítja az állapotot.

Évek óta tart a visszérbetegség Bonni Epidemiológiai Tanulmányának kiértékelése. *Eberhardt Rabe* ennek kapcsán több fontos dologról számolt be. Az első, amire fel kellett figyelni, az volt, hogy a vizsgált több ezres populációban a visszérbetegség előfordulása 90%-ot meghaladó! Ugyanakkor a betegeknek csak 30%-a van tudatában annak, hogy visszerei mutatkoznak. A népesség 60%-ánál találtak apró venectasiákat, vagyis a gondos vizsgálat elengedhetetlen a valós eredmény megismeréséhez. Meglepő módon, a városi embereknél a betegség előfordulása gyakoribb, mint a vidékieknél. Ugyanez érvényes a lymphoedemára is, tehát ez is gyakoribb a városban, mint vidéken.

A véna patológia leukocyta elméletének újabb részeredményeiről *Schmidt Schönbein* (USA) számolt be. Úgy tűnik,



1/a. ábra. A Cukorsüveg-hegyről letekintve, az Urca dombról jövő felvonót, távol az elnyúló, ív alakú tengerparti részt, a világ leghíresebb strandját, a Copacabanát láthatjuk.



1/b. ábra. Ugyanez a táj éjszaka.



2/a. ábra. A Krisztus-szobor távolról.

hogy a pangás során fellépő emelkedett vénás nyomáson kívül a turbulens áramlás is kiváltja az endothel aktivitását és a leukocyták kitapadását. Ennek eredménye, hogy a leukocyták a véna falába beszivárognak, majd a fehérvérsejtek által kiváltott roncsolás következtében a véna fala varicosusan átépül, remodellálódik. Ezzel szemben a laminaris áramlás a kitapadás és a thrombosis ellen hat, és őrzi a vénafal épségét. A vizsgálatok azt mutatták, hogy az AV-shunt is a vénás nyomás megemelése és a turbulens áramlás kialakulása miatt, az előbb említett mechanizmussal teszi tönkre a vénák falát. Itt érdemes megjegyezni, hogy e szekció egyik előadója, a phlebológia doyenje, *John Bergan* nem tudott megjelenni a kongresszuson, ugyanis nem volt vízuma. Szeptember 11-ét követően a világ szinte összes országára kiterjesztett amerikai vízumkötelezettségre válaszul a sértett brazilok bejelentették, hogy akkor ők is ugyanezt megkövetelik az amerikaiktól. Ezért valószínűleg több USA



2/b. ábra. A szobor közelről.

állampolgárt, köztük Bergan professzort is azonnal a visszainduló gépre irányították. A résztvevő amerikaiak többségének európai útlevele volt.

Érdekes mérési eredményeket ismertetett a német *M. Oswald* posztere. Férfiak és nők alsó végtagi varicositásában,



3. ábra. Kilátás a Krisztus-szobortól: az előttünk lévő beépített terület neve Botafogo, mögötte a Cukorsüveg-hegy látszik. A kép jobb oldalán, a hegyek mögött lévő tengerpart a Copacabana. A Cukorsüveg-hegy mögött a Riói-öböl bejárata van, a bejárat másik oldalának neve Niterói.

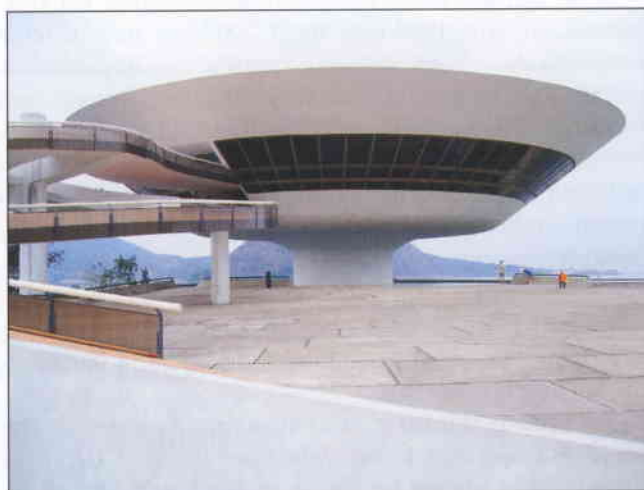
a nemeknek megfelelő szexuál-hormonok szintjét mérte. Azt találta, hogy a felső végtagi vénában mérthez képest, a varixban esetenként akár extrém fokban emelkedett szint volt. Véleménye szerint a hormonoknak a varicositas kialakulásában közvetlen szerepe van. Vitába szálltunk vele, hiszen sokkal valószínűbb, hogy a kismedencében lévő, magas hormontartalmú vér az elégtelen billentyűk következtében akadálytalanul áramlik és pang az alsó végtagi varicosus vénákban.

A varicositas kezelésében népszerűbb a lézer, mint a rádiófrekvenciás koagulátor; nem tudjuk, hogy e mögött a jobb eredmények állnak-e, vagy inkább az erőteljesebb marketing magyarázza. Tény, hogy a lézerről mintegy huszonöt előadást és egy külön szimpóziumot tartottak, míg a rádiófrekvenciás koagulátorról csak említés történt. Az előnyöket elsősorban a hagyományos sebészi eljárással hasonlítják össze. Ami az újabb módszerek egyértelmű pozitívuma, hogy jelentősen kisebb a posztoperatív kellemetlenség, mint a hagyományos stripping műtét után, s egyéb szempontokat is említenek, mint az ambuláns ellátást, a kisebb vérvesztést, a kevesebb komplikációt, a kisebb vérálfutásokat, a kevesebb sebet – ez utóbbiaknál azonban a jobb eredmény nem annyira szembeötlő.

Részletes értékelést *E. Rabe munkacsoportja* adott. Korábban a vénatörzs kanülálhatóságát tartották fontosnak, ma már nemcsak ezt, hanem az oldalágakat és a perforáns vénákat is lézerezik (*Spreatifico*, Olaszország). A lézer kezelés során több száz C-fokos hőmérséklet keletkezik, amely veszélyezteteti a környező képletek épségét, míg a rádiófrekvenciás koagulátor csak 80-90 fokot vált ki. Bármelyik eljárást alkalmazzuk, a kezelő UH diagnosztikai gyakorlata elengedhetetlen. Ez fontos a preoperatív mapping, a műtét alatti irányítás, a műtét alatti eredményesség megítélése, valamint



4. ábra. Az óceán partján álló kiosk, előtérben a legfőbb árucikk, az üdítő, híg levelet tartalmazó kókuszdió.



5. ábra. Nem idegen bolygó küldöttei jöttek, hanem a modern művészetek múzeuma van előttünk.

a posztoperatív ellenőrzés során. A kontroll vizsgálatok alkalmával észlelt, nem megfelelően reagáló, vagy recanalizált szakaszokat a műtét után sclerotherápiában részesítik. A módszerek és a technikai eszközök kombinációja tehát szükséges a kezelés végső sikeréhez.

A sclerotherápiával, különösen az UH-irányított habkezeléssel számos előadás foglalkozott. *Szarka István* (Kanada) a habkezelés során fellépő látászavarról tartott előadást. Úgy tűnik, hogy a korábbi hiedelemmel szemben nem a nyitott foramen ovalén át bekövetkező embolizáció a felelős ezért, mert a neurológiai vizsgálatok arra utalnak, hogy ez a migrénre hajlamos embereknél alakul ki, nincs morfológiai eltérés az agyban, és a látáskiesés minden esetben percek alatt rendeződik.

Néhány szerző meglepően magas arányban észlel varicectomia utáni recidívát (1 év után 25%, 5 év után 58%), amelynek hátterében neovaszkularizációt mutat ki. *De Ma-*



6. ábra. Capoeira, a brazilok önvédelmi-harci művészeti tánca.

eseneer (Belgium) ennek megelőzésére szilikonlapot helyez a hiatus saphenusra, ezáltal recidívái felére csökkentek.

G. E. Gerlach és *W. Blättler* Németországban két alkalommal, először 1999-ben, majd 2002-ben mérték fel a mélyvéna thrombosis járóbeteg-kezelésének elfogadását. A cruralis esetekben először 82, majd 97%-ban, femoralisban 64, majd 88%-ban és iliaca esetén 0, majd 66%-ban alkalmazták a járóbeteg (outpatient) kezelést. *Blättler* másik előadásában a mélyvéna thrombosis ellátásában jelenleg alkalmazott járóbeteg kezelésben az azonnali kompresszió fontosságát hangsúlyozta. Adatai szerint a diagnózis felállításakor megkezdett kompressziós kezelésnek jelentős szerepe van abban, hogy ezekben a betegekben a postthrombotikus szindróma fele olyan gyakran alakul ki, mint a hagyományosan kezelt esetekben.

Továbbra is aktuális téma az úgynevezett „utazási thrombosis” és ennek megelőzése. *John Scurr* (London, UK) nagy beteganyagban végzett tanulmány eredményéről számolt be. Megfelelően randomizált 200 repülőgép utas fele kompressziós harisnyát viselt, másik fele nem. A harisnya nélküli csoportban 11 mélyvénás thrombosis volt (köztük 4 tünetes), míg a kompressziós harisnyát viselők között ez nem fordult elő. Ugyanakkor 4 harisnyát viselő utasnál felszínes thrombophlebitis jött létre. Valamennyinek kifejezett visszértágulatai voltak. Az előadó ajánlja minden hosszabb repülőúton résztvevő számára egyrészt a kompressziós harisnya viselését, másrészt a varicositas utazás előtti megszüntetését.

Önálló szekciót szenteltek az endoszkópos perforans dissectionnak (SEPS), amelyben egy előadás volt igazán figyelemre méltó. *A. Puggioni* (Mayo Klinika, Rochester, USA) 88 vénás ulcusos betegen végzett SEPS-műtét hosszútávú eredményeit elemezte: az ulcus cruris gyógyulása gyorsabb, aránya pedig lényegesen magasabb volt akkor, ha az insuficiens perforansok endoszkópos dissectionja mellett a superficialis refluxot is megszüntették (saphena magna strippinget is végeztek). Az ulcus recidíva-arány a mélyvéna elégtelenség nélküli esetekben még öt év után is alacsony volt. Ugyanakkor a postthromboticus szindróma és – érdekes mó-



7. ábra. Szamba-táncosnő.

don – a dohányzás a recidíva gyakoriságát lényegesen növelte.

Egy új, ígéretes endovascularis kezelési módszer a chronicus vena iliaca occlusio, illetve súlyos stenosis percutan stentelése. Azokban az esetekben viszont, amikor a beáramlás a femoralis vena postthromboticus stenosis miatt nem megfelelő, gyakori a reocclusio. *G. S. Oderich* (Mayo Klinika, Rochester, USA) ennek megoldására egy új, kombinált (nyitott és endovascularis) műtéti eljárásról számolt be. A beavatkozást súlyos tüneteket okozó chronicus vena iliaca occlusio esetén alkalmazza, amelynek során a vena iliaca stenttel történő tágítását és a vena femoralis endophlebectomiáját végzi el. A rövidtávú eredmény (átlag 25 hónapos utánkövetés) mind a 8 kezelt betegnél jónak bizonyult, az ulcus gyógyult, illetve a tünetek javultak. 2 betegnél az utánkövetés során ugyan vena iliaca reocclusio lépett fel, az elért klinikai eredmény ennek ellenére, feltételezzük, hogy a kialakult collateralisok miatt, nem romlott.

Német kollégák (*H. J. Hermanns és munkatársai, C. Schwann-Schreiber és munkatársai*) két előadásban az ulcus cruris shave terápiájának jó eredményéről számoltak be. Az eljárás lényege az ulcus cruris felületes rétegének lemetszése és a seb félvastag mesh grafftal történő fedése. Fontosnak tartják a vénás haemodynamika előzetes rendezését. Mély fekélyeknél a fasciát is magában foglaló kimetszést alkalmaznak.

Egy poszter a phlebológiai marketing kérdésével foglalkozott (*A. C. Reichelt és munkatársai, Brazília*), vagyis azaz, hogy miképpen kerülnek a betegek megfelelő orvoshoz. Míg néhány szakmában a beteg nem szól bele abba, hogy melyik orvoshoz kerül, például ritkán választanak radiológust vagy labororvost a páciensek, addig a phlebológiában a beteg dönt. Vannak olyan szakmák is, amelyekben akár a háziorvos vagy másik kolléga ajánlja a speciális szakem-

bert, például szív- vagy nyelőcső-sebészt, ezzel szemben a phlebológust nem az egészségügyi szakember ajánlására, hanem az ismerősök, szomszédok tapasztalata alapján keresik fel a betegeket.

Az érfejlődési rendellenességekről a washingtoni Bethesda Egyetemi Kórház nemrég kinevezett érsebész vezetője, *B. B. Lee* professzor tartott kimerítő előadást. Hangsúlyozta, hogy az úgynevezett high flow malformációk, vagyis AV-shuntök számos esetében a sebészi és az endovascularis kezelés együttes alkalmazása adja a legjobb eredményt. Ugyanakkor a más szerzők által ajánlott habkezelést nem tartotta megfelelőnek. *Simkin* professzor (Buenos Aires, Argentína) elsősorban több százas Klippel-Trénaunay eseteinek kezelése során elért eredményeit ismertette. Előadása sok újdonságot nem tartalmazott, arról győzhetett meg minket, hogy a hazai szemlélet fejlettebb, mint az előadóé.

Számos funkcionárius-váltás történt az UIP élén, többek között az eddigi elnök mandátuma lejárt, az új elnök – *Gloviczki* és *Scuderit* megelőzve – *Eberhardt Rabe*, a német

társaság elnöke lett. Az egyik helyettesnek *Jaroslav Strejcek*, a cseh társaság elnökét választották. Öröndetes, hogy a Társaság jelentős megbecsülésben részesíti korábbi elnökeit, különösen *Partsch* professzort, aki nyilván mély szakmai ismereteinek köszönhetően, a számos kerekasztal-megbeszélés mintegy felének levezető elnöke volt.

A hazai színeket jelen beszámoló szerzőin kívül még *prof. dr. Daróczy Judit* képviselte. A magyar résztvevők előadások tartásával, posztterekkel és hozzászólásokkal járultak hozzá az aktív eszmecseréhez. Találkozhattunk további magyarokkal is: *prof. dr. Gloviczki Péterrel*, *dr. Pedro Pablo Komlóssal*, *dr. Szarka Istvánnal*, *dr. Várnagy Róberttel*. A kongresszus hasznos volt a személyes kapcsolatok ápolása szempontjából is.

Dr. Bihari Imre

Semmelweis Egyetem

Főiskolai Kar, Klinikai Tanszék

Mi újság a Compri-Med Kft.-nél?

A Compri-Med Kft. új internetes elérhetőségei:

e.mail: info@compri-med.hu, **weblap:** www.compri-med.hu

a SIGVARIS honlapja: www.ganzoni.com

A SIGVARIS havonta-kéthavonta megjelenítet egy információs lapot, a **Compression Bulletin-t**, amelyben neves phlebológusok cikkeit, tanulmányait közlik.

A SIGVARIS honlapján lehetőség nyílik a **Compression Bulletin** díjtalan megrendelésére és e-mailben vagy faxon történő lekérésére.

Néhány szóban bemutatjuk a cégünkönél vásárolható, nyirok-, illetve vénás ödéma kezelésére alkalmas Lympha-press készülékeket:

Lympha press maxi

2x12 csatornás készülék, drenázs jellegű masszázst végez, nyomásérték 20-200 Hgmm, 30 sec ciklusidő

Lympha press plus

2x12 csatornás, kézzel és számítógéppel programozható készülék, több lehetséges kezelési ciklussal, előkezelés, nyirokdrenázs egyenként állítható cellanyomással, peristaltikus masszázis különféle ciklusidőkkel. Nyomásérték 20-120 Hgmm, ciklusidő és szünetidő kezelésenként állítható, az egyéni kezelések név szerint menthetőek.

Lympha press mini

2x12 csatornás kis készülék klinikai vagy házi használatra. Drenázs jellegű masszázis, maximális nyomásérték 80 Hgmm.

Lympha wave

2x12 csatornás kis készülék klinikai vagy házi használatra. Peristaltikus masszázsciklusok, maximális nyomásérték 80 Hgmm.

Bővebb információért, katalógusért, árajánlatért forduljon hozzánk bizalommal.

COMPRI-MED Kft., 1062 Budapest, Aradi u. 41. Tel./fax: 311-1883.

A Nemzetközi Phlebológiai Unió (UIP) 15. Világkongresszusához kapcsolódó Servier szatellita szimpózium rövid összefoglalója (Rio de Janeiro, Brazília, 2005. október 2-7.)

Prof. C. Allegra (Olaszország) bevezetőjében kiemelte, hogy a krónikus vénás elégtelenség (KVE) a különböző, nonspecifikus tünetek miatt nagyon változó és komplex entitás, ami a szakembereket különféle klasszifikációs próbálkozásokra sarkallta.

Értékelése szerint a CEAP-klasszifikáció minden bizonnyal a legjobb, mert számításba veszi a KVE legfontosabb szempontjait. A CEAP-klasszifikációt kibővítették egy, a vénás betegség súlyosságát értékelő pontrendszerrel. A javasolt rendszer három eleme – a vénás betegség klinikai súlyosságára utaló pontszám, a vénás betegség szegmentális kiterjedését jelző pontszám, valamint a vénás betegségnek a beteg aktivitására tett hatását jelző pontszám – megfelelő módszert biztosít a KVE következményeinek értékeléséhez és a betegek követéséhez.

A KVE kezelése több tényezőtől áll össze: a kompressziós kezeléstől, a gyógyszeres terápiától és a hemodinamika javítását célzó műtéti megoldásból. A KVE szövődésményei leginkább a prevencióval kerülhetők el. A kompressziós terápia mellett alkalmazott mikronizált, tisztított flavonoid frakcióval végzett gyógyszeres kezelés csökkenti a vénás eredetű lábszárfekélyben szenvedő betegek gyógyulási idejét.

A primer profilaxis – az alapos családi anamnézis felvételén és az anamnézisnek akár a genetikai tényezők vizsgálatáig terjedő klinikai megítélésén keresztül – segíthet elkerülni a betegség kialakulását.

A szekunder profilaxis lehetővé teszi a KVE szövődésményeinek elkerülését. A szekunder profilaxis kiadásai lehetnek direkt és indirekt. Az utóbbi költségei magukba foglalják a populáció felvilágosítását és a betegek képzését. Ez a két feladat a gyógyszeripar segítségével a tudományos társaságokra hárul. Prevenció nélkül súlyos szövődésmények alakulnak ki, a beteg életminősége folyamatosan romlik, kezelési költségei növekednek. Az olaszországi társadalmi-gazdasági kutatások megerősítették, hogy a profilaxis hiánya miatti szakorvosi vizsgálatok csökkenésének következtében növekedtek a phlebológiai szövődésmények direkt kiadásai.

Prof. A. N. Nicolaidis (Ciprus) a krónikus vénás elégtelenség és a leukocytendothel interakció kapcsolatáról tartott előadásában a KVE-vel járó tünetek és a vénás hypertonia összefüggésére hívta fel a figyelmet. Kiemelte, hogy a legfrissebb eredmények alapján a vénabillentyűk és a vénafal strukturális remodellingjével járó gyulladós folyamatok vezetnek a billentyű insufficienciájához és a visszértágulatok kialakulásához. *Ono* és munkatársai (1), valamint *Takase* és munkatársai (2) további munkái megerősítették ezt a hipotézist.

A vénafal-remodelling valószínűleg számos tényező komplex kölcsönhatása kapcsán alakul ki, ideértve a metalloproteinázok és szöveti inhibitoraik arányának megváltozását, valamint a citokinek és a növekedési faktorok szintjének emelkedését, ami az extracelluláris mátrix megváltozásának kedvez. Az elképzelések szerint a neutrophil granulocyták (3) és a hízósejtek (4), valamint azok kölcsönhatása a véna endothelborításával fontos szerepet játszik abban, hogy a KVE-ben gyulladós válasz jön létre.

Az emelkedett vénás nyomás áttevődése a bőr mikrocirkulációjára a gyulladós folyamat stimulációját eredményezi, amelynek során citokinek és növekedési faktorok szabadulnak fel, s mindez a leukocyták intersticiumba történő vándorlásához és további gyulladós események kialakulásához vezet (5). Ez a folyamat a KVE-ben látható intenzív dermalis fibrosisszal és szöveti remodellinggel jár.

KVE-ben a tüneteket mutató betegek aránya a CEAP klinikai szempont szerinti besorolásának növekedésével párhuzamosan nő (6), de a tünetek megjelenésének hátterében lévő mechanizmusokat nem sikerült megmagyarázni. Felvetették, hogy a KVE összes stádiumában látható események gyulladós kaszkádjával függenek össze, amelyben a leukocyták és azok endothellel való kölcsönhatása játszik főszerepet (7). Mind valószínűbbnek tűnik, hogy a megzavart vénás áramlás és a krónikus gyulladás kettőse áll a betegség összes tünete hátterében. A sok közreműködő pathofiziológiai mechanizmus közül a leukocytendothel kölcsönhatás látszik fontosnak több szempontból is, és ezt tartják a gyógyszeres beavatkozás lehetséges célpontjának. Azok a gyógyszerek, amelyek képesek gyengíteni a gyulladós kaszkád különböző elemeit és gátolni a gyulladós folyamatot, óriási lehetőséget kínálhatnak a későbbi morbiditás megelőzésében. Ésszerű elgondolkozni azon, hogy az ilyen kezelés képes lehet-e csökkenteni a KVE progressziójának kockázatát, ha az első tünetek megjelenésétől kezdve alkalmazzák.

Prof. A.-A. Ramelet (Svájc) előadásában a KVE tüneteinek kezelési lehetőségeire hívta fel a hallgatóság figyelmét. Ezen belül a KVE-t kísérő tünetek és az oedema csökkentésében Detralex-szel végzett vizsgálatok eredményeit foglalta össze. A Detralex-nek a KVE szubjektív tüneteire és az oedemára gyakorolt terápiás hatékonyságát kettős-vak, randomizált, kontrollós vizsgálatok igazolták. Ezen vizsgálatokban a boka- és a lábszár-körfogat csökkenése szignifikánsan nagyobb volt a Daflon® 500 mg-mal (Detralex) kezelt betegek csoportjában ($p < 0,001$), és jó összefüggést mutatott a duzzadás-érzés javulásával ($p < 0,001$). Ezt bonyolultabb mérési módszerekkel is megerősítették a RELIEF-vizsgálatban, illetve egy másik vizsgálatban, ahol az oedemat optoelektronikus voluméterrel mérték. A szerző olyan új módszereket alkalmazó vizsgálatokat vár, amelyek meghatározhatják azokat a precíz, validált módszereket, amelyek a jövő phlebológiai kutatásai során felhasználhatók lesznek.

A szimpózium előadásainak rövid összefoglalója megtalálható a www.servier.com honlapon, továbbá érdeklődni lehet a Servier Hungária Kft-nél: Budapest, Váci út 1-3., telefon: 238-7799.

Irodalom

1. *Ono, T. et al.*: J. Vasc. Surg., 1998.; 27: 158-166.
2. *Takase, S. et al.*: J. Vasc. Surg., 2004.; 39: 1329-1334.
3. *Badier-Commander, C. et al.*: J. Pathol., 2000.; 192: 105-112.
4. *Yamada, T. et al.*: Surgery, 1996.; 119: 494-497.
5. *Pappas, P. J. et al.*: J. Vasc. Surg., 1999.; 30: 1129-1145.
6. *Kahn, S. R. et al.*: J. Vasc. Surg., 2004.; 39: 823-828.
7. *Boisseau, M. R.*: Angéologie, 2000.; 52: 71-77.

Folyóiratunk Nagydíja

Már a lap alapítása után nem sokkal, s azóta is folyamatosan számos elismerő kritika jut el szerkesztőségünkbe; első díjunkt alapításakor ezeket a pozitív visszajelzéseket a folyóirat legjobb cikkeinek szerzőivel kívántuk megosztani. E díjban valóban Társaságunk legkiválóbb szerzői részesültek, akik azt kiemelkedő cikkeikkel érdemelték ki.

Folyóiratunk újabb díjat alapított, amelynek célja, hogy a korábban a Legjobb Publikációért-díjban részesülteket ismét bevonja a szerzők közé.

Ezt az újabb díjat két évente egy olyan kolléga kapja, aki már részesült az előző elismerésben, és újabb, ismételt magas színvonalú, az *Érbetegségek*ben publikált cikkel ezt kiérdemli. A legjobbak közül kellett tehát kiválasztani azt, aki alkotó munkáját lankadatlan lelkesedéssel folytatta. Az újabb elismerés folyóiratunk *fődíja*, amelynek Társaságunk Vezetősége a *Legjobb Publicista-díj* nevet adta.

Most nem volt nehéz a jutalmazott kiválasztása, hiszen *Kollár Lajos* professzor, aki szám szerint is a legtöbb publikációval járult hozzá lapunk magas színvonalához, a Legjobb Publikációért-díj átvétele óta is kiemelkedő cikkeket írt, vagyis nemcsak egy, hanem több, egyéni munkán alapuló, úttörő közleménnyel járult hozzá a hazai érgyógyászat színvonalának emeléséhez; publikációit olvasóink jól ismerhetik. További érdeme, hogy olyan angiológiai-érsebészeti iskolát teremtett, amelynek tagjai folyóiratunkban és más hazai és külföldi lapokban is számos alkalommal publikáltak, a jelenlegi Angiológiai Napokon átadott hat díjból is hármat pécsiek kapnak.

Az új oklevél esztétikai megjelenése – úgy gondoljuk – méltó annak szellemi értékéhez. Az elismerő sorok mellett egy, a témához illő, az alábbiakban részletesen ismertető képét helyeztünk el rajta, s hogy mindezek elférjenek, mérete a korábbinak duplája.

Az elismerő szavakon túlmenően az oklevelet Raffaello di Giovanni Santi *Athéni iskola* című képe díszíti. Ez a híres festmény a Vatikánban a pápai lakosztály egy teljes falát ékesíti. Számos olyan ókori görög tudós képét mutatja be,

akik múlhatatlan érdemeket szereztek a világ megismerésében; természetesen csak azokat, akiket az egyház elfogadott és tanításukat magáévá tette. A kép összefoglaló, kompozíciós keretét egy templomszerű csarnok adja, amely a tudás Pantheonjának benyomását kelti. A higgadt, fenséges épület ellenpontja az a sok szereplő, akik élénk szellemi munka vagy eszmecsere lázában égnek. A középpontban, a diadalívszerű árkádok alatt a tudományos ismereteket összegző két filozófus, Platón és Arisztotelész közeledik. Vitájuk a kézmozdulatokból jól látható: Platón, az ideák képviselője, aki Athénben a filozófiai iskolát, az Akadémiát alapította, jobb kezével az égre mutat, míg Arisztotelész, Nagy Sándor tanítója, aki a gyakorlati tapasztalásból indult ki, mai természettudományos ismereteink alapjait tette le, előrenyújtott karjának tenyerét a föld felé fordítja. Beállítottságuk különbözőségét mutatják munkáik, például Platón és iskolája sorrolta elsőként rendszerbe az élőlényeket. Ez abban az időben óriási teljesítmény volt, sajnálatos, hogy később ez a rendszer a tudományos fejlődés akadálya lett. Ezzel szemben Arisztotelész a tényeket tárta fel, kiterjedt munkásságának része az állattan megalapítása, hét kötetet írt elsősorban az állatok anatómiájáról.

A képen tőlük jobbra, velük egy szinten Platón tanítója és vitapartnere, Szókratész áll, és ujjain számolva az érveket, vitatkozik hallgatóival. A festmény előterében Pitagorász térdel, az elé tartott harmónia-tantábla alapján a zene és a matematika összefüggéseiről ír. Ő és tanítványai jöttek rá először arra, hogy a zenei harmóniák a számarányoktól függenek, az addig maximálisan 7 húrú hangszereket 8. húrral egészítették ki. Pitagorász tehát nemcsak közismert tételéről, hanem legalább annyira a zenei harmóniák matematikai megfogalmazásáról híres. Vele szemben egy férfi kissé behajlított lábán nyugtat egy nyitott könyvet, és a tudásra tekintve magyaráz. Háta mögött a hedonista életéről ismert Epikurosz, Demokritosz atomelméletének továbbfejlesztője, fején szőlőfürtökkel egy oszlop talapzatára támasztott könyvbe ír. A kép szélén a grammatika képviselője, a szto-



ikus Zénon karjában egy kisgyermeket tart. Szintén az előtérben, az előbbiektől közép felé, egy kötömbre könyökölve ír a pesszimista Hérakleitosz, aki a világ körforgását hirdette – szerinte az anyag a tűzből keletkezik, és végül oda is tér vissza.

A képnek csaknem a közepén – kisebb megbotránkozást keltve –, a lépcsőkön fekszik a cinikus bölcsező, a civilizációt elutasító Diogenész, aki aszketikus életének egy részét egy hordóban lakva töltötte. A festménynek ezen a felén, kezében körzőjével Euklidész hajol előre. Ő összesen 13 kötetben írta le a matematikát, megállapításain, az összes ókori tudományos eredményt figyelembe véve, az utókor a legkevesebbet változtatott. A ma oktatott, ilyen jellegű középiskolai tananyag jelentős része tehát már két és fél ezer évvel ezelőtt is ismert volt. A kép szélén az asztronómia képviselői: háttal, kezében földgömböt tartva Ptolemaiosz, a geocentrikus világmép leírója, vele szemben az égbolt gömbjét ujjain egyensúlyozó Zoroaszter áll.

A monumentális freskót a helyszínen megtekintve, láthatjuk a nézőkre kifejtett hatást. A művész eléri célját: a tekintet először a központi alakokra esik, majd végigpásztázva az antik bölcseken, s ezáltal a hangok, a matematika, a geometria és az asztronómia harmóniáján, végül ismét ide-talál, és talán a helyiség hangulatából adódóan, legtöbbször

arra gondolnak, hogy Platón felfelé meredő ujjával valóban oda mutat, ahol az ideák világa, vagyis a végső igazság rejlik. Ez a mondanó megfelelt annak a kornak, amikor a mű megszületett, s a hely szellemiségének is.

A freskó értékét növeli, hogy az egyes alakok ábrázolásához Raffaello a híres kortárs alkotók arcát kölcsönözte. Platón képében az akkor hatvanas éveiben járó egyetemes bölcset, Leonardó portréját festette meg. Euklidészt a kor legnagyobb építésze, Bramante jeleníti meg. Hérakleitosz alakjában Michelangelót ismerhetjük fel. A kép szélén a két asztrológus kifelé tekint a freskó szélén lévő alakok irányában, s közülük a beljebb lévő, szolid arc Raffaellóé. A művésznek ez a leghitelesebb önarcképe. Mellette, a kép szélén álló férfi Sodoma, a kiváló sienai festő – az alkotó elődje és munkatársa a stanzák díszítésében.

A képet azért is alkalmasnak tartottuk arra, hogy díjunkt ékesítse, mert szinte minden lényeges szereplője összefüggésbe hozható az írással. A két főalak egy-egy saját könyvét tartja kezében, Platón a Timaioszt, Arisztotelész az Etikát, Pitagorász és Hérakleitosz ír, Diogenész egy papírlapot olvas, Euklidész körzővel rajzol, a fölöttük lévő szinten egy fiatal fiú térdére fektetett naplóba jegyzetel, a Pitagorással szembe álló férfi egy könyvbe mutat. Pitagorász háta mögött a fején szőlőfürtöket viselő Epikurosz egy oszloptalap-

zatnak támasztott könyvbe ír. A legfontosabb kivétel Szókratész; nyilván nem véletlenül, hiszen ő nem vetette papírra értékes gondolatait, neve, többé-kevésbé rekonstruálható filozófiai rendszere annak révén maradt fenn, hogy Platón vitatkozó levelekben fejtette ki eszméit, s ezekben tanára, Szókratész a partnere. A kép akkor készült, amikor a tudomány már határozottan kezd elválni a mítosztól, a varázslattól. Raffaello, ez a művészóriás feltehetően nem tudatosan utal arra, hogy a tudományosan vizsgált, rögzített és publikált jelenségek képezik a valódi értéket, hiszen azóta megtapasztalhattuk, hogy az így leírtak megismételhetők, illetve a szerzők közvetlen jelenléte nélkül is újragondolhatók, vagyis nem véletlen a tudósokkal összefüggésben az írás következő ábrázolása. Úgy gondoltuk, hogy ez a festmény, amely az ókor nagy tudósainak állít emléket, ösztönzően hat a mai kor alkotó elméire, megmutatva, hogy csak azok a szellemi produktumok maradandóak és szolgálnak okulásunkra, amelyeket leírnak és közzé tesznek – ez a célja folyóiratunknak és a jelen díjnak is.

Mindemellett ne feledkezzünk el korábban alapított elismerésünkről sem. A *Legjobb publikációért* díjat 2005-ben, a pécsi kongresszuson az alábbiak vehették át:

Arató Endre, Kollár Lajos, Kürthy Mária, Jancsó Gábor, Róth Erzsébet, Merkli Hajnalka, Pál Endre, Litter Ilona: Az alsó végtagi revaszkularizációs szindrómáról (2004/4., 115-121.),

Garai Ildikó, Varga József, Szomják Edit, Tóth Csaba, Csiki Zoltán, Olvasztó Sándor, Galuska László: Az agyi vérátfolyás rezerv kapacitásának mérése 99mTc HMPAO-val carotis angioplasztikán átesett betegeknél (2003/3., 63-68.),

Hamar Péter, Markovics Gyula, Rugonfalvy Kiss Szabolcs, Szilágyi Edit: Az ezerarcú endothel (2003/4., 103-110.),

Szabó Albin, Nieszner Éva, Nádas Iván, Préda István: Magas kardiovaszkuláris rizikójú betegek szűrése endothel funkció mérése alapján, flow mediált vazodilatáció módszerével (2004/3., 91-95.),

Weninger Csaba, Cseke László, Horváth Örs Péter, Zámbo Katalin: Mellkas spirál CT-vizsgálata és katéter terápia: a pulmonális embólia képi diagnosztikájának csapdái és intervenciós kezelésének lehetősége (2005/1., 3-8.) című művéért.

(A díjjal járó jutalom összegét részben a Novartis Consumer Health fedezte.)

Irodalom

Szabó Á., Kádár Z.: Antik természettudomány. Gondolat, Budapest, 1984.

Tátrai V.: Közép-itáliai cinquecento festmények. Corvina, Budapest.

Ullmann E.: Raffaello. Corvina, Budapest, 1987.

Vayer L.: Raffaello freskói a Vatikánban. Képzőművészeti Kiadó, Budapest.

B. I.

A Magyar Honvédség Központi Honvédkórház
Általános és Érsebészeti Osztálya,
a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
és a Semmelweis Egyetem ÁOK
Honvéd-, Katasztrófaorvostani és Oxyológiai Tanszék
támogatásával rendezi a

Fiatal Angiológusok V. Országos Fórumát

Időpontja:

2006. október 26-28.

Helyszíne:

Balatonkenese, TELECOM-Üdülő
Kongresszusi Központ és a Honvéd Üdülő.

Fő témák:

1. Új rizikótényezők az atherosclerosisban, kezelésük.
2. Az obliteratív artériás betegségek belgyógyászati kezelési lehetőségei.
3. Raynaud syndroma kezelése.
4. Az intervencionális beavatkozások hosszútávú eredményei.
5. Érbetegségek endovascularis kezelésének szövődményei és ellátásuk.
6. Chronicus alsó végtagi ischaemia kezelési taktikája.
7. A sclerothéripiától a varicectomiáig.
8. A mélyvénás thrombosis kezelési taktikája napjainkban, a mélyvénás rekonstrukciók és eredményességük.
9. Tanulságos esetek értékelése.
10. Aktuális kérdések.

A fő témákban meghívott előadók referátumai hangzanak el. Mindezekhez csatlakozó előadásokat és posztereket várunk. A tanfolyam akkreditálása folyamatban van.

A rendezvény keretén belül – külön szekcióban – a hagyományos *műtősnői fórumot* is megtartjuk.

A kongresszuson színes társasági programokat is szervezünk.

Kongresszusi naptár:

- első értesítés postázása: 2006. február 28.,
- második értesítés, jelentkezési lap postázása: 2006. április 1.,
- tudományos összefoglalók visszaküldése: 2006. június 15.,
- kedvezményes regisztrációs díj: 2006. augusztus 31.,
- végleges program postázása: 2006. október 15.

Minden jelentkezőt szeretettel várunk!

Címünk: MH Központi Honvédkórház

Általános és Érsebészeti Osztály

1153 Budapest, Pf. 1.

Telefon, fax: (06-1) 465-0571.

Fax: (06-1) 329-7096. E-mail: vallusg@t-online.hu

Dr. Dlustus Béla

Dr. Vallus Gábor

a szervező bizottság elnöke a szervező bizottság titkára

Kongresszusok – rendezvények

Pontresinai Érsebészeti Gyakorlati Tréning, Workshop. 2006. január 25-28., Pontresina, Svájc.

Információ: www.vascular-international.org

Endovascularis Beavatkozások 19. Nemzetközi Kongresszusa. 2006. február 12-16., Scottsdale, Arizona, USA.

Információ: www.endovascularcongress.org

Amerikai Vénás Fórum – 2006. 2006. február 22-28., Intercontinental Hotel, Miami, Florida, USA.

Információ: www.venous-info.com, venous-info@administrare.com

Vascularis Endoterapia 15. Szingapúri Kurzusa. 2006. február 27. - március 1., Szingapúr.

Információ: www.singlivecourse.com, contact@singlivecourse.com

20. Nemzetközi Frankfurti Phlebologiai és Minisebészeti Workshop. 2006. március 17-18., Frankfurt, Németország.

Információ: prof. dr. Várady Zoltán, Zeil 123., Frankfurt am Main, 60313, Deutschland.

Website: www.venenlinik-frankfurt.de E-mail: profvarady@aol.com

Phlebologusok és Sclerotizálók Klubja. 2006. március 24., 15-18 óra között, Grandhotel Hungaria, Budapest.

Információ: dr. Bihari Imre, tel.: (06-1) 3345-468.

Extrém Vascularis Intervenciók Velencei Kurzusa. 2006. április 27-28., Velence, Olaszország.

Információ: www.evivenice.com, info@evivenice.com

EVC 2006. Érsebészet idős korban. 2006. május 11-13., Amszterdam, Hollandia.

Információ: www.evc-meeting.com

Érspecialisták Nemzetközi Társasága – 2006. 2006. március 19-23., Firenze, Olaszország.

Információ: Administrative Office - 900 Cummings Center, Ste 221-U, Beverly, MA 01915, USA.

28. Nemzetközi Charing Cross Szimpózium. 2006. április 8-11., London, Egyesült Királyság.

Információ: Cris Timmins, tel.: +44 (0) 20781-1333.

Kardiovaszkuláris Sebészet Európai Társaságának (ESCVS) 55. Nemzetközi Kongresszusa. 2006. május 11-14., Szentpétervár, Oroszország.

Információ: www.meetandwork.com, meet@meetandwork.com

Közép-európai Vascularis Fórum (CEVF) 5. Nemzetközi Kongresszusa. 2006. május 12-14., Varsó, Lengyelország.

Információ: amwaw.edu.pl/5-cevf-congress, cevfcong@amwaw.edu.pl

Éranomáliák Társaságának (ISSVA) 16. Nemzetközi Workshopja. 2006. június 14-17., Milánó, Olaszország.

Információ: www.studioprogress.it/html/vascularanomalies.htm, www.issva.org

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 22. Világkongresszusa. 2006. június 24-28., Lisszabon, Portugália.

Információ: www.aimproup.it/2006/iua

Európai Vénás Fórum (EVF) 7. Kongresszusa. 2006. június 30. – július 2., London, Egyesült Királyság.

Orvostudomány Történetének 40. Nemzetközi Kongresszusa. 2006. augusztus 26-30., Budapest.

Információ: www.ishm2006.hu.

Magyar Sebész Társaság Jubileumi Kongresszusa. 2006. szeptember 6-8., Budapest.

Információ: www.convention.hu, www.mst58.hu, kbagdi@convention.hu

Európai Érsebészeti Társaság (ESVS) 20. Évenkénti Kongresszusa. 2006. szeptember 21-24., Hilton Hotel, Prága, Csehország.

Információ: www.esvs.org

Laparoscopos Aortoiliacalis Műtétek Gyakorlati Továbbképzése. 2006. szeptember 28-30., Strassbourgi Egyetem, Franciaország.

Információ: www.websurg.com, www.eits.org, info@eits.fr

Fiatál Angiológusok V. Országos Fóruma. 2006. október 26-28., Balatonkenese, TELECOM-Üdülő.

Információ: dr. Dlustus Béla, MH Központi Honvédkórház, Általános és Érsebészeti Osztály, 1153 Budapest, Pf. 1., e-mail: vallusg@t-online.hu

21. Berliini Érsebészeti Szimpózium. 2006. november 8-12., Berlin, Németország.

Információ: profhepp@aol.com, www.gefasschirurgie.ost-west.de

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 17. Európai Kongresszusa. 2007. április 26-29., Nicosia, Ciprus.

Információ: www.eurochaptercyp-rus.com

Nemzetközi Phlebologiai Egyesület (UIP) 16. Világkongresszusa. 2007. július 18-20., Kyoto, Japán.

Információ: www.js-phlebology.org/english

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 23. Kongresszusa. 2008., Görögország. (Időpontot még határoztak meg.)

Emlékeztető

Az 52/2003. (VIII. 22.)

EszCsM rendelet melléklete szerint szakmai újságban elfogadott vagy megjelent tudományos közlemény **első szerzője 30, társszerzője 10 továbbképzési pont** jóváírására jogosult.

A pontok érvényesítéséhez az adott lapszám címlapjának, valamint a cikk első oldalának fénymásolatát kell benyújtani a munkahely szerint illetékes továbbképzési központhoz.

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló megírásához

A folyóirat célja: artériákkal, vénákkal és nyirokutakkal foglalkozó közlemények publikálása – beleértve a határterületeket is. Új, önálló, klinikai vagy kísérletes munkát előnyben részesítünk. Javasoljuk az alaptudományok eredményeinek közlését éppúgy, mint műszerek, gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök bemutatását és a velük szerzett tapasztalatok ismertetését. Összefoglaló referátumokat és történeti közleményeket is megjelentetünk. Az „Érbetegségek” gyűjteménye kíván lenni a téma hazai irodalmának, ezért már megjelent közleményeket, aktualizálás után, ismételten közöl. Lehetőleg rövid, kb. 10-12 gépelt oldalas cikkeket várunk.

Kitekintést kívánunk adni a nemzetközi szakirodalomra, referátumok formájában. Szívesen látunk beszámolókat külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeknél a rendezvényen megismert szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezük a hangsúlyt.

Kézirat: a kéziratot és a hozzá csatlakozó dokumentumokat két példányban kiprintelve kérjük elküldeni. A gépelés 2-es sorközzel (a lap egyik oldalán) történjen, egy-egy oldal 30 sort, soronként kb. 60 betűhelyet tartalmazzon. A szerzők teljes nevét kérjük kiírni, a doktori címmel együtt, egyéb rang, tudományos cím ne legyen feltüntetve. A szerző(k) munkahelyéről informáló fejléctet nem kívánunk megjelentetni, ezzel is segítve a minél szélesebb körű szerzőgárda kialakulását. Örömmel fogadunk számítógépes lemezt a következő rendszerekben: XyWrite, ASCII, 8-bit ASCII, WordStar 3., 4.0, 5.0, MS-Word, WordPerfect; elsősorban ezek Ventura kiterjesztéseivel, de anélkül is megfelel. Ez esetben a kéziratra vonatkozó általános szabályok érvényüket veszítik, de az optimális terjedelmet kérjük figyelembe venni. A lemez mellett is kérjük két kinyomtatott példány elküldését, mert a lemezek esetenként sérülten érkeznek.

A cikkekről részletes, kb. egy gépelt oldalnyi *összefoglalást* kérünk, amely kiemeli a közlemény (1) alap gondolatát és célját, (2) a munka alanyait és módszertanát, (3) az eredményeket és (4) a következtetéseket. Az összefoglalót négy példányban kérjük elküldeni, ebből kettőt lehetőleg angolul. Legfőbb hat, az Index Medicusban használt *kulcsszót* kérünk feltüntetni, a magyar összefoglalóban magyarul, az angol összefoglalóban angolul.

Az *írásmód* tekintetében a túlzott magyarosítást igyekszünk kerülni. A közleményben következetesen azonos fogalom megjelölésére egyformán írt szavakat elfogadjuk. Lehetőleg csak az általánosan elfogadott *rövidítéseket* használjuk, mert az újak megnehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedhetők.

Az *ábrák és fényképek* hátlapján *ceruzával* az első szerző nevét és a cím első szavait, valamint a kép felső szélét nyíllal kérjük jelölni. A színesen küldött képeket külön költség nélkül színes nyomással közöljük. Az ábra, táblázat és fénykép aláírásokat lehetőleg angolul is kérjük beküldeni.

Köszönetnyilvánítás a dolgozat végére kerüljön, amelyben a szerző(k) köszönetet mondanak a munkában való részvételért, vagy a munkához nyújtott anyagi vagy szellemi segítségért.

Az irodalomjegyzékben vagy az idézés sorrendjében, vagy névsor szerint kérjük megszámozni a citátumokat. Folyóirat esetén a szerzők, a cím és a lap neve után kérjük az évfolyam sorszámát föltüntetni, amelyet kettőspont követ, majd a lapszám és végül az évszám zárójelben pl.: Bihari I., Meleg M.: A végtaglymphoedema konzervatív kezelése. Orv. Hetil. 132: 1705-8. (1991). Könyv idézésekor az idézett részlet oldalszámát is kérjük megjelölni, pl.: Tomcsányi I.: Nem szívsebész által is (sürgősséggel) elvégezhető beavatkozások. In.: Sebészeti műtéttan, szerk.: Littmann I., Berentey Gy. Medicina, Budapest, 1988. 238-41. Az irodalomjegyzék lehetőleg 25 tételnél többet ne tartalmazzon. A cikk végén *az első szerző levelezési címét* kérjük megadni. Javasoljuk, hogy a szerző egy példányt őrizzen meg saját magának. Folyóirat cikkének *referátumában* kérjük feltüntetni a közlés helyét és a szerzőket. Ennek terjedelme egy-két gépelt oldal (2-es sorközzel) legyen. Nem elégszünk meg pusztán az összefoglaló fordításával.

A kéziratokat az alábbi címre kérjük küldeni: dr. Bihari Imre, 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

(Aki a Belépési Nyilatkozatot kitöltve visszaküldi szerkesztőségünk címére, mint a MAÉT tagja, díjtalanul kapja folyóiratunkat.)

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságba. A tagdíjat (2006-ban 2000,-Ft) a megküldendő csekken befizetem. KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:.....

Cím:.....

Telefon- és faxszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

Beosztás:.....

Szakterület:.....

.....
alíírás

MEGRENDELŐLAP

(Azok számára, akik nem tagjai a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságnak, például könyvtárak, kórházak, rendelőintézetek)

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című, negyedévenként megjelenő folyóirat 2006. évi számait egy példányban, 2000,-Ft éves előfizetési díjért.

Megrendelő neve:

Címe (város):

Utca, tér, házszám:

Irányítószám:.....

Az előfizetési díjat jelen megrendeléssel egyidejűleg belföldi postautalványon a szerkesztőség címére (1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.) vagy átutalással az OTP Budapest, I. ker. Alagút u. 3. sz. alatti fiókjában vezetett 501-11701004-20158002 számú számlára befizetem.

.....
alíírás

Krónikus Vénás Betegségben (CVB)

Miért ne
alkalmazna egy gyors
és tartós kezelést?



doXium® 500

✓ **Közgyógy listára
rendelhető!**

DOXIUM 500 mg kapszula

C05BX 01

HA: Calcium dobesilate. **JA:** Microangiopathiák, különösen retinopathia diabetica. Alsó végtagi krónikus vénás elégtelenség. Adjuvánsként trombophlebitis superficialis, postthrombotikus szindróma, arterio-venosus eredetű microcirculatio zavarok, aranyeres panaszok esetén. (F: 500-100 mg/NAP ÉTK. KÖZBEN, MAX. 1500-200 mg /NAP). **EJ:** Gy. túlérz. **RE:** Grav. Lact.

MH: Gastrointestinalis panaszok, hányinger, hasmenés, bőrkírtás, láz.

Fizetendő fogyasztói ár (TB támogatással):

Doxium 500 mg kapszula 30x - 742.- (TB támogatás összege: 579.-)

Doxium 500 mg kapszula 40x - 1157.- (TB támogatás összege: 1158.-)

Közgyógylistára rendelhető!

A termék vényköteles! Kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

OM
PHARMA

Képviselet:
Medisan Hungary Kft.
1026 Budapest, Pasaréti út 61/a.
Tel: 200 6022, Fax: 200 4974, E-mail:
medisan@medisan.hu

MEDISAN HUNGARY KFT.



oxerutin[®] Venoruton[®] forte

visszérvédő flavonoid

Az egyetlen vényköteles természetes eredetű flavonoid visszérbetegség kezelésére.

- Csökkenti a végtag ödémát
- Javítja a vénás keringést
- Csökkenti a visszeres lábfájdalmat



A GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE: **Venoruton Forte 500 mg tabletta** • MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL: 500 mg O-β-hidroxiellil-rutozid (oxerutin) tablettánként. GYÓGYSZERFORMA: Tabletta: zöldes-sárga színű, pettyes, korong alakú, domború felületű, egyik oldalán mélynyomású Zyma logo, másik oldalán „CV” jelzéssel ellátott tabletta. Törési felülete zöldes-sárga színű. • **KLINIKAI JELLEMZŐK** **Terápiás javallatok:** A krónikus vénás elégtelenség következtében kialakuló visszér tágulat, valamint együtt jelentkező vénás keringési zavar, vénás eredetű trophikus bőrelváltozások, lábszárfelekly kezelésére. A kísérő oedema csökkentésére. A krónikus vénás elégtelenség kezelése során alkalmazott rugalmas kötés hatásának javítása. Aranyér tüneteinek megszüntetése. Diabetezes retinopathia. • **ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS** **Krónikus vénás elégtelenség:** *Kezdő adag:* naponta kétszer 1 tabletta. *Fenntartó kezelés:* naponta legalább egyszer 1 tabletta Venoruton Forte 500 mg tablettát kell adni. A tünetek és az ödéma teljes elmúlásakor a kezelés felfüggeszthető. **Aranyér-betegség:** A klinikai vizsgálatokban alkalmazott dózisok megegyeznek a krónikus vénás elégtelenség és komplikációi kezelésére javasolt adagokkal. **Diabetezes retinopathia:** 1800-3000 mg oxerutin naponta. • **KIADHATÓSÁG:** II/1 csoport Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V)

• **ELLENJAVALLATOK:** Ismert túlérzékenység a termék bármely összetevőjére. A terhesség első trimesztere (ld. 4.6. pont). Különleges figyelmet érdemel az az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések: Szív, vese-, illetve májbetegség következtében kialakuló alsó végtagi oedema kezelésére a Venoruton nem javasolt. • **GYÓGYSZERKÖLCÖSNHATÁSOK ÉS EGYEB INTERAKCIÓK:** Gyógyszer kölcsönhatást nem jelentettek. • **TERHESÉG ÉS SZOPTATÁS:** Terhesség első három hónapjában történő alkalmazását kerülni kell. A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és gépek üzemeltetéséhez szükséges képességekre: Nincs arra utaló adat, hogy a készítmény befolyásolná a gépjárművezetést, vagy a gépek kezelését. • **NEM KIVÁNATOS HATÁSOK, MELLÉKHATÁSOK, MELLÉKHATÁSOK:** Ezek lökényt gastrointesztinális zavarok (flatulencia, hasmenés, gyomor fájdalom, gyomor rontás), fejfájás, szédülés, fáradékonyság, bőrkülés, hóhullám és pruritus voltak, melyek gyorsan megszűnnek a kezelés abbahagyásakor. • **TÜLADAGOLÁS:** Eddig tünetekkel járó túladagolást nem jelentettek. • **GYÓGYSZERESZETI JELLEMZŐK** **Segédanyagok felsorolása:** makrogol 6000, magnézium-sztearát. • **INKOMPATIBILITÁS:** Nem ismeretes. • **FELHASZNÁLHATÓSÁGI IDŐTARTAM:** 5 év • **KÜLÖNLÉGES TÁROLÁSI ELŐÍRÁSOK:** Legfeljebb 30°C-on. Nedvességtől védve tartandó. • **CSOMAGOLÁS TÍPUSA ÉS KISZERELÉSE:** 30 tabletta PVC/Al bliszterben és faltkartonban. A készítmény felhasználására, kezelésére vonatkozó útmutatások: Megjegyzés: ✳ • **A FORGALOMBAHOZATALI ENGEDÉLY JOGOSULTJA:** Novartis Hungária Kft., Consumer Health, Budapest • **A FORGALOMBA-HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA:** OGYI-T 5299/01 • Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 15 624/55/2003

VRT22/JAN05

 **NOVARTIS**

Novartis Hungária Kft.
Consumer Health - OTC üzletág
1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47. Telefon: 457-6656
www.novartis.hu • E-mail: info.hungary@ch.novartis.com